CENA 40 ZŁ.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Styczeń 1949 Nr 1



WYDAWCA POLSKI

CZERWONY KRZYŻ

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm. 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko; adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Styczeń 1949 Nr 1

SŁUCHAJĄC przemówień wygłaszanych na Kongresie Zjednoczenia Klasy Robotniczej, czytając sprawozdania prasowe i artykuły poświęcone Kongresowi, niejedna z nas zastanawiała się nad tym jakie znaczenie dla Służby Zdrowia, jaki wpływ na nasze pielęgniarskie sprawy — będzie miał fakt zjednoczenia partii robotniczych.

Mówiąc o sześciu najważniejszych zadaniach, jakie stawia przed sobą zjednoczona partia, ob. BOLESŁAW BIERUT wymienił usunięcie i przezwyciężenie „wciąż jeszcze złego stanu zdrowotnego ludności kraju". Słowa te są zapowiedzią wzmożonej walki o podniesienie poziomu lecznictwa i profilaktyki, o poprawę warunków sanitar-



nych bytu i pracy, o udostępnienie jak najszerszym masom — lekarskiej pomocy i opieki pielęgniarskiej. Te słowa — to zew, mobilizujący wszystkich pracowników służby zdrowia do spotęgowania wysiłków, których celem jest ostateczna likwidacja naszego zacofania na odcinku zdrowotnym.

Do tych słów nawiązał w dyskusji Wiceminister Zdrowia dr. JERZY SZTACHELSKI, zapowiadając szereg zasadniczych i głębokich reform, które uczynią naszą służbę — służbą prawdziwie społeczną.

Spośród wielu problemów, omawianych na Kongresie, wymienić należy jeszcze dwa, które szczególnie powinny zainteresować nas — pielęgniarki. Oba zostały jasno sprecyzowane przez członka Biura Politycznego, ob. gen. ALEKSANDRA ZAWADZKIEGO.

Jedno z nich, to sprawa postawy społecznej kobiet. Mówca przypomniał słowa Stalina, że „każdy krok klasy uciśnionej na drodze do wyzwolenia stanowi jednocześnie polepszenie doli kobiecej" i wezwał całą partię, aby wzmocniła walkę o wciągnięcie milionów kobiet do czynnego udziału w naszym wielkim budownictwie. Zagadnienie pracy i społecznej postawy kobiet jest zagadnieniem bardzo nam bliskim. Pielęgniarstwo jest przecież zawodem niemal wyłącznie kobiecym, jest zawodem, który wywalczył sobie prawo obywatelstwa, naprzekór licznym społecznym przesądom. Walka o uznanie praw zawodu pielęgniarskiego była cząstką walki o równouprawnienie kobiet.

W ustroju kapitalistycznym walka ta nie mogła być zakończona pełnym zwycięstwem. Na zawodzie pielęgniarskim zaciążyły złe tradycje kastowego zamknięcia i oderwania od ogólnego nurtu społecznego. Obecnie, staje przed nami zadanie przezwyciężenia tych tradycji, włączenia rzesz pielęgniarskich do czynnego udziału w społecznym życiu kraju, wzmożenia aktywności związkowej, pobudzenia pielęgniarek do inicjatywy i twórczego działania w służbie zdrowia.

Drugie zagadnienie, z którym stykamy się często i w szkołach, i w pracy pielęgniarskiej — to zagadnienie religii i kościoła. Oto, co o sprawach religii i kościoła mówił na Kongresie ob Aleksander Zawadzki:

„...PZPR respektuje uczucia religijne ludzi wierzących, gwarantuje prawną ochronę ich obrządków religijnych, stoi na stanowisku niemieszania się państwa do spraw religijnych ludzi wierzących.

PZPR stoi jednak zarazem na stanowisku, że państwo ludowe powinno zagwarantować pełną wolność sumienia ludziom niewierzącym i z całym zdecydowaniem położyć kres szykanowaniu ich przez kogokolwiek, lub ich dzieci w szkołach z racji bezwyznaniowości...

...PZPR stoi na gruncie rozdziału kościoła od państwa, na gruncie świeckości szkolnictwa i wszelkich instytucji państwowych.

Sens tych słów jest jednoznaczny.

Nas, pielęgniarki, obowiązuje absolutne poszanowanie przekonań religijnych wszystkich chorych, zarówno wierzących jak i niewierzących. Niestety, w szpitalach zdarzają się wypadki, iż personel wykracza poza swą dziedzinę zawodową, zapominając, że nie należy do naszych zadań ingerencja w sprawy sumienia chorych; sprzeczne jest z zasadą poszanowania wolności sumienia zarówno odmawianie choremu prawa praktyk religijnych, jak również nakłanianie go do tych praktyk.

Dotyczy to również Szkół pielęgniarstwa, których programy i system wychowawczy wymagają obecnie unowocześnienia, powiązania z życiem społecznym kraju, przystosowania do potrzeb społecznej służby zdrowia. Zadaniem szkół jest zawodowe kształcenie pielęgniarek — sprawa wiary jest sprawą prywatną każdej uczennicy.

Zasady te nie obrażają niczyich uczuć i nie zagrażają ani religii, ani kościołowi. Dążenie do nadania instytucji służby zdrowia charakteru i oblicza instytucji świeckich, dążenie do zapewnienia wszystkim chorym jednakowego traktowania, powinno znaleźć ogólne poparcie

Sądzimy, że sprawy poruszone przez trzech przedstawicieli Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, a zwłaszcza zagadnienia, o których wspomnieliśmy wyżej, wzbudzą zainteresowanie wśród pielęgniarek.

Wierzymy, że pielęgniarki polskie, wraz z wszystkimi ludźmi pracy, przyswoją sobie dorobek ideowy Kongresu i powitają zjednoczenie klasy robotniczej, jako nowy, wielki krok na drodze do szczęśliwej przyszłości narodu.

Dr JÓZEF TOWPIK

ROLA PIELĘGNIARKI W AKCJI „W"

ZWALCZANIE chorób wenerycznych przechodziło długą ewolucję, zanim uzyskano opracowanie epidemiologiczne i społeczne, oparte na podstawach naukowych. Obecnie mówiąc o zwalczaniu chorób wenerycznych, mamy na myśli ściśle określone metody prowadzące do możliwie skutecznego opanowania zachorowań.

Choroby weneryczne, w odróżnieniu od innych chorób zakaźnych, stanowią nie tylko problem epidemiologiczny, lecz nie w mniejszym stopniu również problem wychowawczy, socjalny, etyczny i ekonomiczny. To zazębianie się o różne dziedziny społecznego życia decyduje również o tym, że w walce z chorobami wenerycznymi posługujemy się nie jedną tylko — lecz licznymi metodami. Niezbędnym warunkiem powodzenia jest, aby te metody, jak ogniwa łańcucha łączyły się ze sobą, gdyż bez koordynacji wielu naraz wysiłków — zaniedbanie choćby jednego z nich, osłabia, a czasami niweluje skuteczność innych.

Istnienie nawet dostatecznej ilości placówek rozpoznawczo-leczniczych nie oznacza jeszcze, że wszystkie przypadki chorób wenerycznych na danym terenie będą poddane leczeniu. Wobec niskiego stanu uświadomienia oraz wobec częstego bezobjawowego przebiegu choroby stosunkowo bardzo duża liczba chorych nie wie nic o swojej chorobie lub nawet spostrzegając pewne objawy, nie umie wytłumaczyć sobie, że łączą się one z zakażeniem wenerycznym. Również do tej grupy należy zaliczyć tzw. „kontakty" chorych wenerycznie. Są to osoby, które były narażone na możliwość zakażenia przez utrzymywanie stosunków płciowych lub przez styczność (np. w obrębie rodziny) z osobnikami chorymi na kiłę lub rzeżączkę. Nie wiedząc o swojej chorobie, stają się bardzo łatwo źródłem zakażenia dla innych. Wykrycie tych chorych i doprowadzenie ich do leczenia jest zadaniem bardzo ważnym. Jeżeli nie zostanie wykonane lub wykonuje się je tylko na papierze, trzeba z góry wiedzieć, że walka z chorobami wenerycznymi będzie tylko połowiczna, gdyż tysiące nie wykrytych i nie leczonych chorych będzie nadal rozsadnikami zarażeń wenerycznych.

Dla wykrycia takich chorych rozporządzamy trzema sposobami:

1. Masowe badania serologiczne krwi.
2. Wynajdywanie kontaktów (w znaczeniu wyżej podanym) osób chorych wenerycznie i doprowadzenie ich do badania i ewentualnego leczenia.
3. Uświadomienie społeczeństwa o chorobach, wenerycznych i budzenie czujności co do możliwości zakażenia.

Sposoby powyższe uzupełniają się wzajemnie — poniżej będzie jednak mowa tylko o akcji wykrywania kontaktów oraz czynnościach z nią związanych. Akcja ta z epidemiologicznego punktu widzenia należy do najbardziej wydajnych, ponieważ celem jej jest wykrycie przypadków choroby w możliwie najwcześniejszym okresie, wówczas gdy jest najłatwiejsza do uleczenia i kiedy nie została jeszcze przekazana innym osobom.

KWALIFIKACJE OSOBISTE PIELĘGNIARKI

Jest to akcja stosunkowo nowa w naszych warunkach i wymaga nowego typu pracownika, posiadającego nie tylko odpowiednie przeszkolenie, ale również i pewne kwalifikacje osobiste. Tym pracownikiem jest pielęgniarka społeczna. Praca jej wymaga styczności z ludźmi o bardzo różnym poziomie intelektualnym i z różnych środowisk, wymaga znajomości psychologii ludzkiej, a szczególnie psychologii chorego na chorobę weneryczną, wymaga umiejętności nawiązania z nim kontaktu i pozyskania jego zaufania.

Drażliwość tematu, zwłaszcza w środowiskach mało uświadomionych, wymaga postępowania ostrożnego i taktownego. Osoby, z którymi pielęgniarka społeczna przeprowadza rozmowy, muszą być przeświadczone o tym, że akcja ta nie ma charakteru policyjnego, lecz ma na celu ich dobro i jest zupełnie poufna. Wszelka korespondencja z chorymi lub podejrzanymi o chorobę nie może zawierać żadnych terminów lub nazw, które osobom postronnym, rodzinie lub otoczeniu mogłyby nasuwać jakiekolwiek podejrzenie i narażać osobę zainteresowaną na złośliwe uwagi lub szykany.

Powodzenie pracy wyszukiwania ognisk choroby zależy od szybkości działania. Doniesienia o kontaktach lub źródłach zakażenia nie mogą leżeć tygodniami w biurku, lecz muszą być przekazywane natychmiast pracownikom w terenie. Zarówno z punktu widzenia epidemiologicznego jak i klinicznego wczesne wykrywanie ognisk choroby ma znaczenie zasadnicze.

PRZEPROWADZANIE WYWIADU

Do najważniejszych czynności pielęgniarki społecznej należy przeprowadzenie wywiadu z chorym. Od umiejętności i od rzetelności przeprowadzenia wywiadu należy wydajność akcji wykrywania kontaktu i źródeł zakażenia.

Dla powodzenia wywiadu nie są obojętne warunki, w jakich on się odbywa. Aby chory mógł swobodnie mówić o bardzo intymnej stronie swego życia — muszą być stworzone warunki całkowitej dyskrecji i poufności. Wywiad powinien odbywać się w osobnym pokoju lub conajmniej w oddalonej od reszty osób części pokoju, oddzielonej przepierzeniem. W czasie wywiadu nie powinny do tego pokoju wchodzić inne osoby, nawet pielęgniarki lub lekarze.

Wywiad z chorym, to jednocześnie sprawdzian kwalifikacji fachowych i osobistych pielęgniarki. Musi ona wykazać takt, rozsądne i wyrozumiałe podejście

do chorego, oraz znajomość przedmiotu. Trzeba pamiętać, że w czasie wywiadu pielęgniarka nie tylko zbiera potrzebne wiadomości, lecz również i wychowuje chorego jak również umożliwia mu właściwą ocenę jego stanu.

Pielęgniarka przed rozpoczęciem wywiadu musi być poinformowana o rozpoznaniu choroby przez lekarza, od czego zależy rodzaj wywiadu. Rozpoznanie to nie może być ogólnikowe np. „Syphilis“, lecz musi być podany okres kiły. Jest to ważne z dwóch względów:

a) zależnie od okresu choroby wywiad będzie dotyczył dłuższego, lub krótszego okresu czasu,

b) w razie nagromadzenia się kilku wywiadów — pierwszeństwo należy dać przypadkom wczesnym jako więcej zaraźliwym.

W szpitalach, jeśli jest to możliwe, wskazane jest urządzenie, dla chorych, pogadanki uświadamiającej o chorobach wenerycznych, a następnie przeprowadzenie wywiadów z poszczególnymi chorymi. Zazwyczaj chorzy odnoszą się potem do wywiadów z większym zrozumieniem i podawane przez nich dane są bardziej dokładne.

Podstawą powodzenia wywiadu jest, jak wspomniano, pozyskanie zaufania chorego. Chory powinien odczuć przyjazne do niego nastawienie oraz to, że w poradni chcą mu pomóc.

Ponieważ chory na kiłę często jest w stanie depresji, należy mu na wstępie wyjaśnić, że znajduje się on w tej dobrej sytuacji, że zgłosił się w porę do leczenia i że uzyska je w najlepszej postaci. Należy też od razu podkreślić zasadniczą doniosłość regularnego leczenia. Należy również od razu poinformować, że przy poszukiwaniu kontaktów podanych przez niego nikomu z kontaktów nazwisko jego n i e b ę d z i e wymienione.

Nie należy zadawać pytania: *„Od kogo się pan zaraził?“*, — takie pytanie jest błędne zarówno z epidemiologicznego jak i psychologicznego punktu widzenia. Chory najczęściej uważa, że stosunkiem zakażającym jest ten, po którym bezpośrednio wystąpiły objawy. Nie trzeba uzasadniać, jak tego rodzaju opinia chorego jest fałszywa i może niewprawną pielęgniarkę wprowadzić w błąd. Postawienie tego pytania ma dla chorego nieprzyjemne brzmienie pytania policyjnego i jako pierwszy odruch wywołuje w nim najczęściej negację. Natomiast celem rozmowy z chorym jest pozyskanie jego współpracy.

Należy chorego przekonać, że powinien podać wszystkie kontakty, od których mógł się zarazić, lub też które on sam mógł zakazić, a to z następujących powodów:

a) osoby te mogą nie wiedzieć o swojej chorobie, należy im więc ułatwić jak najprędzej leczenie;

b) osoby te przedstawiają niebezpieczeństwo dla otoczenia i mogą zarazić innych;

c) chory może w przyszłości ponownie zarazić się od tych osób, które zachorowały przez jego kontakty, a więc wykrycie jak największej liczby chorych zwiększa w przyszłości jego własne bezpieczeństwo.

Należy zaznaczyć, jeżeli chory będzie o to pytał, że podany przez niego kontakt będzie tylko poinformowany o tym, że w ostatnim czasie był narażony na możliwość zakażenia wenerycznego, wobec czego wymaga zbadania.

Kontaktom, jak już wspomniano, nigdy n i e m ó w i się nazwisk tych osób, które je zgłosiły.

Nie należy chorego pytać, *gdzie on się zaraził*, lecz należy pytać; *kiedy i z kim miał ostatnio stosunki.* Należy to przeprowadzić chronologicznie w określonym czasie i jeżeli nawet chory wymienia jedną osobę, jako prawdopodobne źródło zakażenia, nie należy tym zasugerować się, lecz z e b r a ć w y w i a d y n i e t y l k o c o d o „źródła“, lecz r ó w n i e ż c o d o i n n y c h k o n t a k t ó w w d a n y m o k r e s i e.

Należy też pamiętać, że drogą przeniesienia zakażenia mogą być perwersyjne stosunki płciowe. Informacje podawane przez chorego należy przyjmować krytycznie. Nie dlatego, że nie mamy zaufania do chorego, lecz dlatego, że chory nie wie najczęściej jaki jest przebieg choroby i jego mniemanie co do osoby zakażającej może być mylne.

Wiadomości otrzymywane od chorego nie mogą być powierzchowne. Przeglądając wyniki wywiadów, najczęściej spotyka się odpowiedź, że źródło zakażenią lub kontakt nie daje się ustalić. Jest to bardzo łatwe do napisania, lecz ci, którzy jak piszą, zapominają o tym, *że taka odpowiedź bardzo często jest dowodem ich niedbałego i lekceważącego stosunku do zagadnienia zwalczania chorób wenerycznych.*

Jeżeli nie możemy uzyskać nazwiska i adresu osoby podejrzanej o chorobę, to wówczas pewne dodatkowe informacje mogą okazać się bardzo cenne. Na przykład jeżeli do centralnego biura wyszukiwania ognisk choroby będą wpływały wielokrotne zawiadomienia o tym, że kontakty z osobami z pewnego lokalu rozrywkowego lub w pewnym hotelu albo domu. są kontaktami zakaźnymi, to roztoczenie opieki sanitarnej nad takim domem zlikwiduje niebezpieczne ognisko choroby. Czasami nawet niedokładne lub częściowe informacje są wystarczające dla znalezienia osoby chorej. Nie należy potem niczego zaniedbywać, ażeby wiadomości te od chorego otrzymać.

Niekiedy dane, dotyczące stroju, wieku, pewnych cech charakterystycznych wyglądu (złote zęby, tatuaż, kolor włosów, tusza itp.) mogą być wystarczające dla identyfikacji na terenach wsi lub małych miasteczek.

Wywiad musi być zakończony, niezależnie od wyniku, w *atmosferze przyjaznej.* Należy podkreślić, że informacje, udzielone przez chorego, są bardzo ważne i cenne. Podkreślić również, że chory może zawsze zwrócić się po poradę lub w razie wątpliwości podać dodatkowe informacje.

Przy zbieraniu wywiadu następujące wytyczne mogą pielęgniarce ułatwić orientację co do czasu, w jakim chory mógł być zakażony, względnie mógł być przyczyną zakażenia innych.

KIŁA PIERWOTNA *(I okresu) Lues primaria.*

1. Wszystkie kontakty płciowe w okresie 3 miesięcy, poprzedzającym wystąpienie objawu pierwotnego,
2. możliwość zakażenia w obrębie rodziny (np. istnienie objawów zakaźnych kiłowych na skórze lub w jamie ustnej u jednego z rodziców mogło spowodować zakażenie dziecka).

KIŁA WTÓRNA *(II okresu). Lues secundaria.*

1. Wszystkie kontakty płciowe w okresie 6 miesięcy przed wystąpieniem objawów kiły wtórnej,
2. możliwość zakażenia w obrębie rodziny (jak wyżej).

KIŁA BEZOBJAWOWA WCZESNA *(surowiczo-dodatnia. Lues sine symptomatibus (asymptomatica).*

Trwająca do 3 lat od zakażenia, leczona lub nieleczona, jeśli czas choroby nieznany — wiek chorego nieprzekraczający 25 lat.

1. Kontakty płciowe w okresie 8 miesięcy poprzedzającym badanie lekarskie lub datę zakażenia,
2. partner małżeński,
3. dzieci urodzone w czasie trwania choroby matki.

KIŁA UTAJONA PÓŹNA, *(Lues latens).*

Surowiczo-dodatnia, bez objawów klinicznych, powyżej 3 lat od zakażenia, lub wiek chorego powyżej 25 lat, leczona lub nieleczona.

1. Partner małżeński,
2. dzieci urodzone w czasie trwania choroby matki w okresie wczesnym (zakaźnym).

KIŁA WRODZONA WCZESNA, *(Lues congenita recens).*

Objawowa, bezobjawowa surowiczo-dodatnia u dzieci do 2 lat.

1. Rodzice,
2. rodzeństwo,
3. mamka (piastunka)

KIŁA WRODZONA PÓŹNA. *(Lues congenita tarda).*

Objawowa, dystroficzna, bezobjawowa - surowiczo-dodatnia u osób w wieku powyżej 2 lat.

1. Rodzice,
2. rodzeństwo, głównie starsze wiekiem.

RZEŻĄCZKA.

1. Partner małżeński,
2. córki,
3. współmieszkające osoby płci żeńskiej,
4. wszystkie kontakty płciowe w okresie 2 tygodni, poprzedzającym wystąpienie objawów (u mężczyzn) lub 4 tygodni przed zgłoszeniem się do badania (u kobiet).

WRZÓD WENERYCZNY.

Kontakty płciowe w okresie 3 tygodni, poprzedzającym wystąpienie objawów.

Uświadomienie osób chorych wenerycznie przez pielęgniarkę społeczną winno uwzględniać:

1. Pouczenie chorego, że jest dotknięty chorobą weneryczną (jaką?) w okresie zakaźnym,
2. jakie ma znaczenie okres obserwacji kontrolnej,
3. jakie ma znaczenie regularność leczenia dla zdrowia chorego,
4. odpowiedzialność chorego za świadome zakażenie innej osoby chorobą weneryczną (art. 245 K. K.),
5. środki ostrożności, jakie winien zachować chory, aby nie narazić innych osób na zakażenie.

WYKRYWANIE KONTAKTÓW

Osoby, co do których zachodzi podejrzenie na podstawie wywiadów z chorymi, że mogą również być chore wenerycznie (kontakty), powinny w jak najkrótszym czasie być zbadane przez lekarza celem ustalenia stanu ich zdrowia, a w razie potrzeby — poddane leczeniu.

Pielęgniarka po uzyskaniu odpowiednich informacji od chorego może uzyskać je w sposób następujący:

Zobowiązać chorego do doprowadzenia w najbliższych dniach jego partnerki (partnera) do zbadania lekarskiego.

Jest to sposób mający wiele zalet: jest szybki, dyskretny, oszczędny. Nie należy jednak zbytnio polegać na zapewnieniu chorego i w najbliższych dniach skontrolować, czy wywiązał się on ze swego zobowiązania.

Jeżeli chodzi o chorych na rzeżączkę, to w wielu wypadkach można choremu postawić warunek, że otrzyma leczenie po 24 godzinach, to znaczy po doprowadzeniu przez niego partnerki (partnera). Ten warunek można jednak postawić tylko wtedy, jeżeli w trakcie wywiadu, przeprowadzonego uprzednio, można przekonać się, że doprowadzenie kontaktu przez chorego jest osiągalne.

Wezwać listownie na ustalonym blankiecie osobę podaną jako kontakt, do badania.

Przesłać informacje do miejskich względnie powiatowych władz sanitarnych, które drogą listowną wezwą osobę podejrzaną o chorobę weneryczną do zbadania lekarskiego, jeżeli zgłoszony kontakt znajduje się na terenie innego ośrodka lub powiatu.

Zarówno wzywanie kontaktu jak i przekazywanie do innych ośrodków powinno odbywać się niezwłocznie.

W razie niezgłoszenia się konktaktu na wezwanie listowne pielęgniarka społeczna powinna interweniować osobiście, to znaczy przeprowadzić wywiad w terenie. A w przypadkach wyjątkowych — opornych — można sprawę przekazać milicji obywatelskiej. Z pomocy milicji należy korzystać wyjątkowo i tylko w wypadku wyraźnej złej woli ze strony osoby wezwanej do badania lub leczenia. Również postępowanie organów milicji powinno być nacechowane powagą i możliwie dyskretne. Powstawanie rozgłosu w związku z wykrywaniem i wzywaniem kontaktów wyrządza więcej szkody niż pożytku akcji zwalczania chorób wenerycznych.

Przeprowadzenie tzw. wywiadu w terenie, to znaczy wyszukanie kontaktu i przekonanie go o konieczności badania lekarskiego, wymaga również od

pielęgniarki społecznej umiejętności i nieraz dużej cierpliwości. Postępowanie jej powinno być dyskretne i taktowne oraz pełne godności.

Rozmowa z poszukiwaną osobą nie może odbywać się w czasie odwiedzin pielęgniarki społecznej. Osobie, którą wzywa się do zbadania, nie należy mówić, że jest ona podana, jako zakażona chorobą weneryczną, i w żadnym wypadku nie wolno wymieniać osób, które ją zgłosiły. W wielu wypadkach wystarcza tylko doręczyć wezwanie, lub zobowiązać ją do zgłoszenia się do zbadania. W innych należy wyjaśnić, że zachodzi obawa, że osoba ta była narażona na zakażenie chorobą weneryczną, wobec czego wymaga zbadania. Wywiad ten nie może być ujęty w szablon i winien zmieniać się zależnie od sytuacji, od poziomu intelektualnego osoby, z którą przeprowadza się wywiad oraz od różnych dodatkowych okoliczności. Naczelną zasadą jest, jak już wspomniano, życzliwe nastawienie do danej osoby, dyskrecja przy równoczesnej stanowczości.

KONTROLA LECZENIA I ULECZENIA

Przy nowoczesnych, skróconych metodach leczenia na ogół prawie wszyscy chorzy leczą się regularnie i doprowadzają leczenie do końca. Jeżeli jednak chory przerywa leczenie, do obowiązków pielęgniarki społecznej należy również *kontrola nad regularnym i całkowicie przeprowadzonym leczeniem.* W razie przerwania — należy chorego wezwać i wytłumaczyć mu konieczność kuracji. Również i w tym wypadku, jeżeli chory w okresie zakaźnym uchyla się od leczenia — może być po wyczerpaniu innych środków, zastosowany przymus.

Dla oceny należytej wyników leczenia chory powinien być kontrolowany (badanie ogólne i serologiczne) w przeciągu pierwszego roku po leczeniu co miesiąc, w przeciągu drugiego roku co 3 miesiące. Nadzór nad regularnością badań kontrolnych należy również do zadań pielęgniarki społecznej.

PRACA STATYSTYCZNA I UŚWIADAMIAJĄCA

Do obowiązków pielęgniarki społecznej należy również współpraca w zakresie statystyki.

Wypełniając sumiennie ustalone wzory formularzy, zapoczątkowuje bardzo ważny proces gromadzenia informacji o chorobach wenerycznych na terenie całego państwa.

Na ogół praca statystyczna jest niedostatecznie doceniana, chociaż ma ona podstawową wartość w planowaniu, w ocenie nowych metod leczniczych, w ustalaniu wskazówek postępowania na przyszłość. Jeżeli praca statystyczna w jej okresie początkowym — to znaczy na szczeblu poradni — będzie wykonywana niedbale lub błędnie, da ona w rezultacie fałszywy lub zniekształcony obraz i narazi na błędy w planowaniu i ocenie.

Praca uświadamiająca i propagandowa ma wiele sposobów i form jej realizacji. Praca pielęgniarki społecznej w tej dziedzinie może być uważana za jedną z najskuteczniejszych metod. Charakter jej pracy stwarza stałą możliwość pracy wychowawczej: wywiad z chorym, wywiad w terenie, styczność z chorym w przychodni itp.

*

Wyżej przytoczone wskazówki dowodzą, że wykonywanie odpowiedzialnej pracy pielęgniarki społecznej wymaga nie tylko dobrej woli, ale również znajomości ściśle określonych zasad postępowania, wymaga wysokich kwalifikacji zawodowych i osobistych.

JÓZEF TOWPIK

(Artykuł był zamieszczony w nrze 3 Kroniki Wenerologicznej).



Szpital PCH w Łodzi — teren praktyki uczennic Szkoły Pielęgniarstwa — jest jednym z najestetyczniej urządzonych szpitali na terenie miasta.

T. GASPEROWICZOWA
Pielęgniarka Okręgowego Szpitala Wojskowego w Krakowie

ROLA PIELĘGNIARKI NA D.P.O.

(z doświadczeń I Armii W. P.)

OGÓLNE ZASADY ORGANIZACJI

DYWIZYJNY Punkt Opatrunkowy (D.P.O.) jest niejako główną salą operacyjną polowej służby zdrowia. Rozwinięty w odległości 5—6 km od pierwszej linii, przyjmuje wszystkich rannych z pułkowych punktów opatrunkowych, gdzie udzielono im pierwszej pomocy lekarskiej. W D.P.O. zakres pomocy jest o wiele większy. Udziela się tu szerszej pomocy chirurgicznej wszystkim rannym (za wyjątkiem rannych w czaszkę, którzy otrzymują ją na następnym etapie, tj. w szpitalu Armii), oraz przeprowadza się leczenie ciężko rannych, czasowo niezdolnych do ewakuacji i tych lekko rannych, którzy w najbliższych dniach mogą powrócić do swoich oddziałów. Przeważającą większość rannych kieruje się po zabiegu chirurgicznym do szpitali. Zadaniem D.P.O. jest przygotowanie rannych do ewakuacji, zgodnie ze wskazaniami lekarskimi, co wymaga szczegółowej segregacji wszystkich rannych.

Dywizyjny Punkt Opatrunkowy jest najbliższą placówką przyfrontową, gdzie praca pielęgniarek znajduje szerokie zastosowanie (na pułkowych i batalionowych punktach opatrunkowych pielęgniarki w zasadzie nie pracują).

D.P.O. jest rozwinięty zasadniczo w namiotach.

Rysunek nr. 1 przedstawia schemat ruchu rannych, przybywających do D.P.O.

W czasie walki, D.P.O. rozwija kilka pododdziałów. Jak widzimy na rysunku, przed D.P.O. znajduje się posterunek regulujący (A) — podoficer sanitarny, który zatrzymuje samochody i po bliższym sprawdzeniu kieruje lekko rannych do punktu (B), a rannych znajdujących się na noszach — do segregacji dla ciężko rannych (C). Chorych zakaźnych kieruje wprost do namiotu izolacyjnego (D).

Lekko ranni przechodzą następnie do zespołu namiotów (E), składającego się z sal przedopatrunkowej i opatrunkowej, skąd kierowani są do kompanii ozdrowieńców (F) lub do punktu ewakuacyjnego (G).

Ciężko ranni z segregacji (C) przenoszeni są wprost do zespołu chirurgicznego (H), skąd po zabiegu udają się bezpośrednio na punkt ewakuacyjny (I), lub poprzez namiot szpitalny (J), w którym przebywają kilka dni. Ranni w brzuch przenoszeni są do odrębnego zespołu laparatomijnego (K), skąd przechodzą następnie do namiotu (I) i (J).

Wszyscy ranni znajdujący się w stanie wstrząsu pourazowego — przechodzą z segregacji (C) do specjalnego punktu (L), skąd dopiero po wyprowadzeniu ze stanu wstrząsu przechodzą do punktu (H) lub (K).

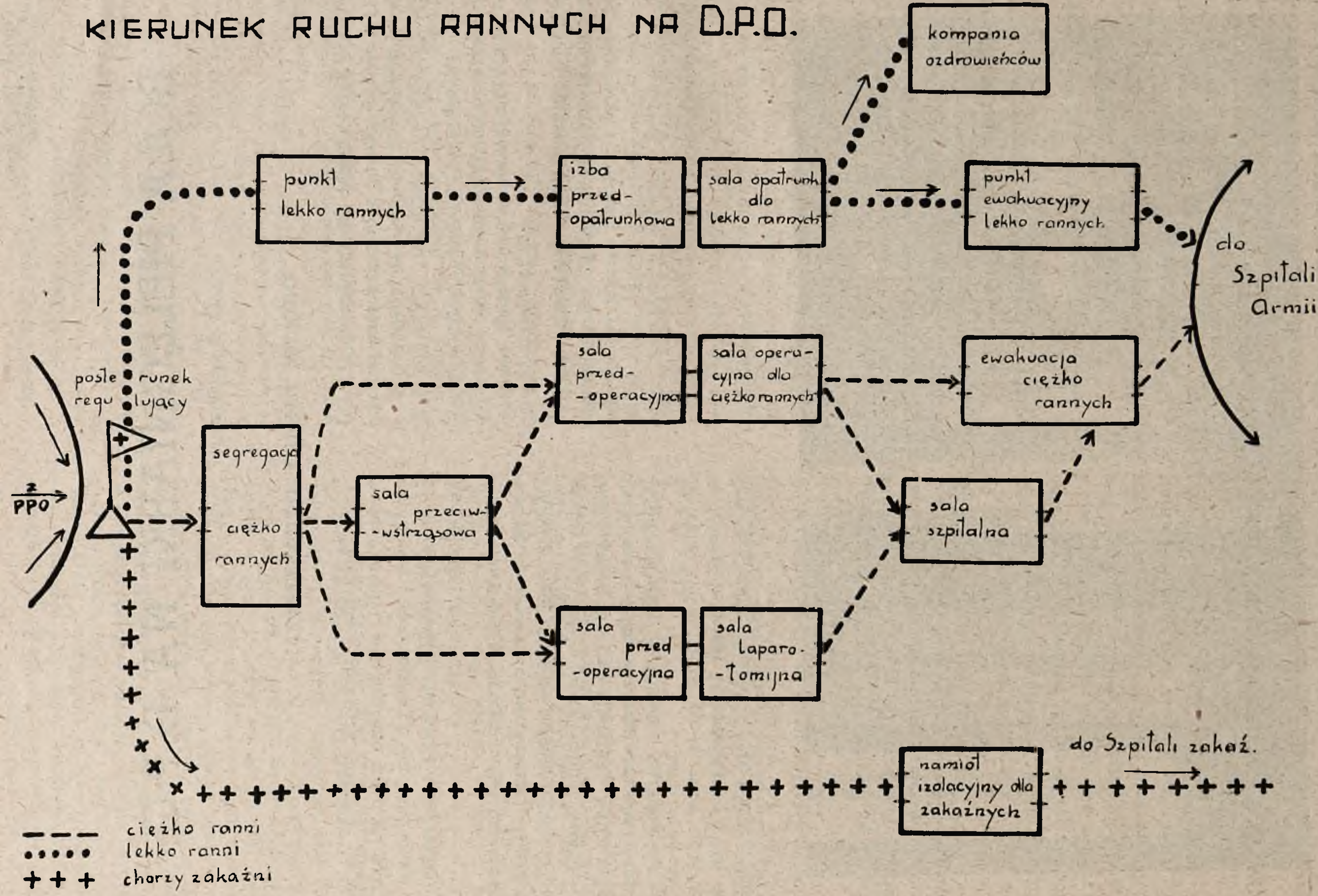
W punkcie (B) i (C) odbywa się segregacja rannych według stanu ogólnego, stopnia nagłości zabiegu i umiejscowienia ran, rejestracja rannych, żywienie ich i wykonywanie wstępnych zleceń lekarskich.

Specjalny podoficer zapisuje tu odzież, odbiera broń, prowadzi ewidencję i wystawia rannym dokumenty. Pieniądze i cenne rzeczy odbiera i przechowuje płatnik. Ażeby nie przetrzymywać transportu samochodowego, wymienia się nosze i koce z zapasów D.P.O., ranni zaś pozostają z kocami na tych noszach, na których zostali przywiezieni.

PRACA PRZY SEGREGACJI RANNYCH

Obowiązkiem pielęgniarki, pracującej przy segregacji rannych na punkcie (C), jest przygotowanie sali segregacyjnej, ażeby było w niej czy-

KIERUNEK RUCHU RANNYCH NA D.P.O.



sto, ciepło i możliwie przytulnie, aby ranny, który przybył z pola bitwy czuł, że jest otoczony odpowiednią opieką, że uczyni się tu wszystko dla uratowania jego życia.

Pielęgniarka powinna dbać o to, żeby zawsze była tu do dyspozycji gotowa strawa, gorąca kawa lub herbata. Na miejscu musi być dostateczny zapas koców, noszy, grzałek, opasek uciskowych, niezbędnych leków i materiału opatrunkowego, a nawet wina lub koniaku. Podczas nadejścia transportu rannych, pielęgniarka powinna być na miejscu i nadzorować wynoszenie rannych przez sanitariuszy noszowych. Podczas gdy lekarz dokonuje segregacji rannych, pielęgniarka notuje wszystkie jego zlecenia i przypina kolorowe znaki segregacyjne do ubrania rannych.

Pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarza, sprawdza, czy ranny otrzymał na poprzednim etapie, tj. w pułkowym punkcie opatrunkowym, zastrzyk surowicy przeciwtężcowej i stosuje go tym rannym, którzy zastrzyku nie otrzymali. Ciężko ranni otrzymują zastrzyk pantoponu lub morfiny, względnie środki nasercowe.

Do obowiązków pielęgniarki należy dalsza obserwacja rannych i ich opatrunków z uwagi na ewentualność krwotoku. W takich wypadkach zawiadamia lekarza, względnie kieruje chorego do sali operacyjnej.

Pielęgniarka powinna zwrócić uwagę sanitariuszom, by nie dawali pokarmu, względnie napojów, rannym w brzuch. Dalszym jej obowiązkiem jest nadzorowanie żywienia rannych i dbanie o czystość i porządek na sali.

PRACA W ZESPOLE CHIRURGICZNYM

W sali przedoperacyjnej stoją kozły, na których ustawia się nosze z rannymi, oczekującymi na operację. Podoficer sanitarny kieruje rannych na operację w zależności od znaków segregacyjnych i wolnych stołów operacyjnych.

Urządzeniem sal operacyjnych zajmują się pielęgniarki pod kierunkiem chirurgów. Obok sali operacyjnej znajduje się pomieszczenie dla sterylizacji materiału opatrunkowego. Tutaj mieści się autoklaw. Odpowiedzialny za sterylizację jest podoficer sanitarny lub doświadczony sanitariusz, pracujący pod kierownictwem pielęgniarki.

Praca pielęgniarki na sali operacyjnej wymaga przede wszystkim aseptyki, której w warunkach polowych należy szczególnie pilnie przestrzegać. Praca pielęgniarki operacyjnej zasadniczo nie różni się od pracy w warunkach pokojowych, ale wymaga większej ruchliwości, energii i wytrzymałości.

Rysunek Nr. 2 przedstawia schemat dwóch sal operacyjnych, urządzonych w połączonych ze sobą namiotach. Pierwsza — ogólna, druga — laparatomijna.

W pierwszej sali znajduje się 6 stołów operacyjnych. Pracuje tutaj 4—5 pielęgniarek, przy czym jedna z nich stoi przy stole z narzędziami wyjałowionymi i materiałem opatrunkowym, 3 zaś pielęgniarki obsługują 6 stołów operacyjnych. Chirurg w asyście jednej siostry pracuje na dwóch stołach w ten sposób, że na jednym stole przygotowuje się jednego rannego, na drugim zaś dokonuje się zabiegu na innym rannym. Pielęgniarki zdejmują pierwsze opatrunki z ran, przygotowują pole operacyjne, asystują przy operacji i narkozie, opatrują rannych i nakładają szyny przy pomocy sanitariuszy.

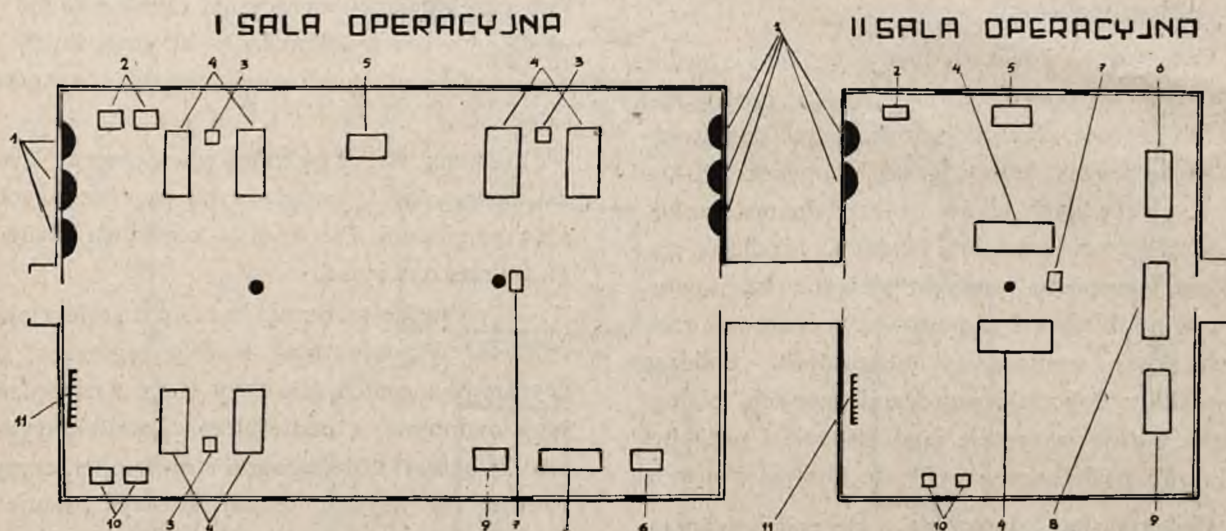
W drugiej sali operacyjnej pracują dwie pielęgniarki. Jedna asystuje przy narkozie, druga obsługuje aseptyczny stół z instrumentami i materiałem opatrunkowym.

Na sali opatrunkowej dla lekko rannych znajdują się 4 stoły. Pracuje tu jeden lekarz na 4 stoły i 3—4 pielęgniarki. Na wszystkich stołach układa się rannych jednocześnie, po czym pielęgniarki z sanitariuszami przygotowują ich do zabiegu, (golenie, jodynowanie pola operacyjnego). Lekarz obchodzi kolejno rannych; po znieczuleniu i dokonaniu zabiegu przechodzi do następnego stołu, podczas gdy pielęgniarka nakłada operowanemu opatrunek, a w razie potrzeby unieruchomienie.

Jedna pielęgniarka obsługuje stół aseptyczny, inna zajmuje się przygotowaniem materiału opatrunkowego, leków i bielizny.

Sala szokowa powinna być umieszczona blisko pierwszej i drugiej sali operacyjnej, obsługuje ją personel oddzielny. Pracuje tu jedna pielęgniarka, której obowiązkiem jest troska o to, by sala była odpowiednio ogrzana (do 30 st.), co przyczynia się do zwalczania szoku. Pielęgniarka ma do dyspozycji dostateczny zapas ko-

SCHEMATYCZNY PLAN URZĄDZANIA W NAMIOTACH I i II SAL OPERAC.



OBJAŚNIENIA: 1 - umywalki 2 - skrzynki na czystą bieliznę 3 - stoliki z instrumentami 4 - stoły operacyjne 5 - stoły dla rejestracji 6 - stoły na materiał i bieliznę wyjałowioną 7 - stoliki narkotyzera 8 - stoły z instrumentami 9 - stoły na rozczyny i płyny zastępcze 10 - skrzynia na mat. opatrunkowy 11 - wieszaki na fartuchy.

ców, kołder, grzałek itd. Musi mieć przygotowaną krew konserwowaną, środki narkotyczne i nasercowe, rozczyn soli fizjologicznej, gorące napoje, wino itd. Pod kierunkiem lekarza pielęgniarka stosuje tu przetaczanie krwi, dożylne podawanie glukozy, wstrzykiwanie rozczynu fizjologicznego soli, zastrzyki podskórne morfiny, kofeiny itd.

PRACA NA ODDZIALE SZPITALNYM

Tak samo jak i na innych odcinkach D.P.O., salę dla przyjęcia ciężko rannych po operacjach powinna przygotować pielęgniarka.

Jeżeli oddział znajduje się w namiotach, należy przygotować kozły wysokości 0,5 m z noszami i pościelą. Jeżeli zaś oddział szpitalny znajduje się w budynku — muszą być przygotowane łóżka. Należy mieć pod ręką dostateczny zapas leków, opasek uciskowych, materiału opatrunkowego, butlę i poduszki z tlenem oraz niezbędny sprzęt sanitarny. Do zabiegów najczęściej stosowanych na oddziale należą: przetaczanie krwi konserwowanej, zastrzyki dożylne, domięśniowe i podskórne. Chorym należy regularnie mierzyć ciepłotę, obserwować stan ogólny i kontrolować opątrunki. Do ważnych obowiązków pielęgniarki należy także nadzór nad żywieniem rannych oraz nad dietą chorych polaparatomijnych. Poza tym, pielęgniarka musi dbać o czystość na oddziale i kierować pracą sanitariuszy.

PRACA W CZASIE EWAKUACJI

Do obowiązków pielęgniarki należy nadzór i pielęgnowanie rannych, kontrola ich stanu ogólnego, opatrunków i wyżywienia. W czasie ewakuacji pielęgniarka kieruje ruchem rannych, zgodnie ze znakami segregacyjnymi i według zleceń lekarskich. Pozostałym rannym zabezpiecza wyżywienie i pielęgnację, dba o czystość i porządek na swoim oddziale.

Pielęgniarka przyczynia się do skoordynowania pracy całego D.P.O., co ma ogromne znaczenie podczas akcji bojowej. Między jedną, a drugą akcją bojową lekarze wspólnie z pielęgniarkami omawiają popełnione błędy i niedociągnięcia, aby uniknąć ich w przyszłości.

T. GASPEROWICZOWA



WIADOMOŚĆ o „akcji" w szpitalu wywołała śmiertelną bladość na twarzach chorych, pielęgniarek i lekarzy w Szpitalu Żydowskim.

Szpital Żydowski na Czystem, liczący przed wojną 1 200 chorych, mieścił się teraz przy ulicy Gęsiej Nr 6 — w swojej trzeciej i ostatniej siedzibie: ponure składy manufaktury, odrapane, brudne, zniszczone, bez ustępów i łazienek; na „oddziałach" zakaźnym, położniczym i chirurgicznym — 800 chorych, w tej liczbie tylko 6 położnic. Kobiety żydowskie w tych strasznych czasach prawie nie rodziły.

Pomimo niesłychanego wysiłku pielęgniarek, lekarzy i społeczeństwa żydowskiego, co drugi chory ginął z wycieńczenia.

Na terenie szpitala przygotowano bunkry na wypadek „akcji", której cel był wszystkim dobrze znany — komora gazowa... Z bunkrów korzystać mogli tylko rekonwalescenci i personel. Nie można było ukryć chorych na noszach, w głęboko pod ziemią zakonspirowanych bunkrach, tym więcej, że „akcje" były błyskawiczne, niespodziewane.

W okresie tym w szpitalu przebywali również żołnierze węgierscy-Żydzi, ranni pod Stalingradem. Na Węgrzech mobilizowano Żydów i wysyłano na front; ich nienawiść do hitleryzmu była równa nienawiści Żydów polskich. Żołnierze opowiadali o wielkiej klęsce Paulusa pod Stalingradem. Wieści te podnosiły na duchu skazańców-mieszkańców Getta, budząc nadzieję, że nieprawdopodobne, ale notowane w dziejach okrucieństwo zostanie pomszczone.

*

Do dyrektora Szpitala, b. p. dra Józefa Steina, zgłasza się opasły SS-man i na polecenie Brandta, szefa akcji eksterminacyjnej, pyta o liczbę chorych na tyfus:

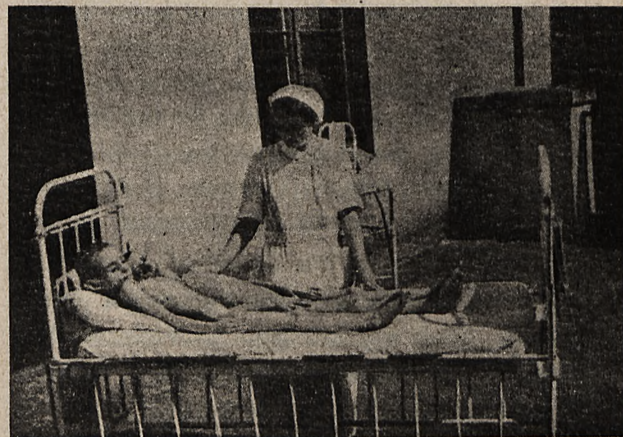
— Czterystu — odpowiada dr. Stein.

— *Mein Gott! ich kann doch nicht soviel Schnaps trinken...*

Nie rozumiemy, o co chodzi. Okazuje się, że za każdego chorego zastrzelonego w łóżku, przedstawiciel herrenvolku miał otrzymać premię — 1 litr wódki. Morderca zmartwił się... tak wielką ilością wódki, zapłatą za robotę.

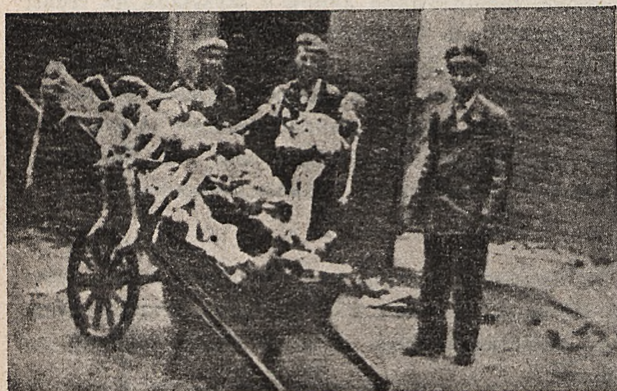
Dyżur na oddziale położniczym pełniły uczennice XXIX (ostatniego) zespołu Szkoły pielęgniarstwa na Czystem. Przeżycia tych straszliwych dni, koszmar okrucieństwa, sytuacja bez cienia nadziei zmusiły te młode dziewczęta do powzięcia tragicznej decyzji; pozostawić noworodki w łóżeczkach, ratować zaś same położnice, sprowadzając je do schronu. Płacz niemowląt może zdradzić wszystkich ukrytych w bunkrze. a zresztą... czyż ręce hitlerowskie ośmielą się wyjmować maleństwa z białych łóżeczek — do kaźni?..

Akcja trwała cały dzień. Niemowlęta rzucono na wóz i zakopano pół-żywcem we wspólnym grobie, przy „Umschlagplatz" — ul. Stawki 6.



Nie mogła tu już pomóc nawet troskliwość pielęgniarki. „Choroba głodowa" zabierała przede wszystkim najmłodszych.

Mordercy chodzili od łóżka do łóżka i strzałem w skroń likwidowali chorych na oddziale chirurgicznym: wyciągi i szyny na martwych już kończynach czerwone plamy rozlanej krwi na bieli poduszek, twarze zesztywniałe w męce i cisza, niesamowita cisza...



Podobny los spotkał chorych na tyfus.

Oprawcom uszedł jeden chory — chłopiec, który symulował śmierć. Pomogła mu jego bladość z wycieńczenia i strachu.

W końcu załadowano na ciężarowe samochody personel szpitala.

W akcji tej zginęły: Siostra Fryd — Przełożona Szpitala, Siostry Prużańska Masza, Kac Róża, Swierdzioł, uczennice Szkoły Pielęgniarstwa: Nikielburg Anna, Budny Janina, Kałuszyner Gustawa, a prócz nich 40 osób z pracowników szpitala, kilku lekarzy, pielęgniarki.

Przy życiu pozostali tylko ci, co byli w schronie. Kilka osób zeskoczyło z samochodu i uciekało na oślep, przed siebie; z tych uratowała się Raja Jakobson, instruktorka Szkoły Pielęgniarstwa.

„Niemiecki humor" nie odstępował zbrodniarzy w czasie rzezi: podczas selekcji, SS-man uwolnił Irenę Szereszewską — za jej „piękność aryjską" *(arische Schönheit)* i Sabinę Zenderman, za „piękność żydowską" *(jüdische Schönheit). Obie przeżyły* Oświęcim.

Szkołę Pielęgniarstwa na Czystem ukończyło 360 pielęgniarek; z tej liczby pozostało przy życiu tylko 65, które przeważnie ocalały w Związku Radzieckim.

Obowiązkiem dziś żyjących jest PAMIĘTAĆ, pamiętać i walczyć z niosącym śmierć faszyzmem — aż do ZWYCIĘSKIEGO końca.

L. Bielicka-Blum

B. dyrektorka Szkoły Pielęgniarskiej na Czystem

ZOFIA ŻOŁĘDZIOWSKA

Przew. Sekcji Piel. Oddz. W-skiego Z.Z. P.S.Z

Rola pielęgniarki w przemyśle [3)]

WARSZTAT pracy winien znajdować się w pomieszczeniu obszernym i dostosowanym budową do swego przeznaczenia. Ściany i sufit winny być pomalowane na kolor jasny, olejne lamperie wysokości 1½ m, muszą nadawać się do łatwego zmywania. Ważnym czynnikiem jest także podłoga, która winna chronić nogi robotników przed zaziębieniem i wilgocią, musi być szczelna, łatwo zmywalna. Podłogi betonowe należy pokrywać drewnianymi pomostami.

Dobrze pomyślana wentylacja musi zapewniać dopływ świeżego powietrza, bez gwałtownego obniżania temperatury i wytwarzania przeciągów. Problem wentylacji powinien być rozwiązany już w planach budowy fabryki. Szczególnie ważna jest wentylacja fabryk, których produkcja powoduje zanieczyszczenie powietrza. Pamiętać trzeba, że w miesiącach letnich, celem ochrony przed muchami, należy zainstalować w oknach siatki druciane.

Czynnikiem nie zawsze docenianym w pracy fabryki jest odpowiednie oświetlenie. Okna (duże, łatwe do otwierania) powinny być często myte. Oświetlenie jasne, ale nie rażące.

Temperatura winna się wahać w zależności od pory roku, w granicach 16—18° C. Piece i kaloryfery należy zmywać w ciągu dnia pracy wilgotną ścierką. W niektórych zakładach pracy temperatura jest uzależniona od rodzaju produkcji, w takich wypadkach trzeba pamiętać, że robotnik musi otrzymać ubranie ochronne, dostosowane do temperatury panującej w środowisku jego pracy.

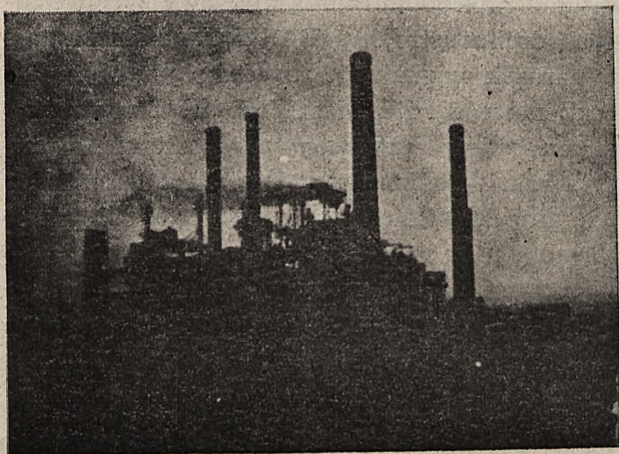
Warsztaty pracy należy zaopatrywać w wodę, bieżącą — filtrowaną. O ile wodę czerpie się ze studni, winno się ją co pewien czas poddawać badaniom chemicznym i bakteriologicznym.

Nad czystością w zakładach pracy czuwają zwykle zastępy sprzątaczek. Należy je pouczać o wszystkich podstawowych zasadach racjonalnego sprzątania, jak np. otwieraniu okien, zamiataniu na wilgotno (przed starciem kurzy) itp.

Pielęgniarka przemysłowa kontroluje pracę sprzątaczek, dogląda, by miały odpowiedn sprzęt i ubiór, i czuwa nad ich stanem zdrowia.

Równocześnie z pouczaniem sprzątaczek o ich pracy i niebezpieczeństwie bakteryjnym, jakie kryją w sobie kurz i brud, pielęgniarka winna zainteresować się pozycją i płacą, które nieraz pozostają w dysproporcji ze stanowiskiem i płacą innych pracowników fizycznych danego zakładu pracy.

W zakładzie pracy należy zwrócić baczną uwagę na URZĄDZENIA HIGIENICZNO-SANITARNE. Tak więc umeblowanie, uzależnione zazwyczaj od rodzaju produkcji, powinno być odpowiednio dostosowane do pozycji, w jakiej robotnik pracuje, z myślą o jego wygodzie i ochronie zdrowia.



Nie wolno też zapominać o konieczności umieszczenia wycieraczek do nóg, które w wytwórniach przemysłu spożywczego — powinny być nasycone płynem dezynfekcyjnym.

Przejdźmy z kolei do urządzenia **szatni.** Szatnia powinna być obszerna, jasna, dobrze przewietrzana, zaopatrzona w ławki, skrzynie do śmieci, spluwaczki, wycieraczki do nóg i lustra. Szafki na ubrania mogą być metalowe lub drewniane, pomalowane na olejno, zaopatrzone w otwory wentylacyjne. Każdy pracownik powinien mieć szafkę oddzielną. W zakładach pracy, w których produkcja jest związana z tłuszczami, smarem, chemikaliami drażniącymi, lub pyłem — ubrania robocze i ubrania własne robotników muszą mieć szafki oddzielne.

W szatni powinny znajdować się umywalnie z wodą bieżącą. Własne ręczniki należy przechowywać w szafce. Szatnie powinny być oddzielne dla kobiet i dla mężczyzn.

Pożądane jest, aby w pobliżu szatni znajdowało się **kąpielisko,** zaopatrzone w prysznice z zimną i gorącą wodą. Pomieszczenie na kąpielisko powinno być widne, jasne, obszerne, dobrze ogrzane i wentylowane; kabiny prysznicowe zaopatrzone: w wieszaki, taborety oraz drewniane kraty na podłogi. Przed kąpielą pracownik winien otrzymać kawałek mydła do jednorazowego użycia oraz ręcznik (kobiety gumowy lub ceratowy czepek). Po kąpieli należy udostępnić pracownikowi miejsce odpoczynku; sala taka może służyć jednocześnie, jako szatnia.

Umywalnie muszą być zawsze czynne, często myte (przynajmniej dwa razy dziennie ciepłą wodą z bielidłem), zaopatrzone w płynne mydło, szczotki do rąk i ręczniki indywidualne.

Ubikacje, osobne dla kobiet i dla mężczyzn, powinny być skanalizowane, znajdować się w odpowiedniej odległości od warsztatu pracy, oświetlone, wentylowane i zaopatrzone w papier higieniczny. Muszle należy zmywać płynem dezynfekcyjnym. W pobliżu ubikacji winny znajdować się umywalnie zaopatrzone w ciepłą bieżącą wodę, płynne mydło i ręcznik „okrągły" (przesuwany) często zmieniany. W fabrykach nieskanalizowanych, dół kloaczny winien być wycementowany, często opróżniany i codziennie wysypywany wapnem, siedzenia i ściany często szorowane, otwory zakrywane pokrywami.

D.c.n.

ANTYBIOTYKI

NAWET gdybyśmy pominęli wspaniałe wyniki, jakie osiągnęły szczepionki na polu medycyny zapobiegawczej, nie będzie przesadą twierdzenie, że ostatnie dziesięciolecie (1937—1947) cechuje większy postęp w leczeniu chorób zakaźnych, niż tysiące lat, które oddzielają rok 1937 od epoki Hippokratesa.

W tym znamiennym 10-leciu wypróbowano działanie i wprowadzono do lecznictwa tzw. antybiotyki. Nazwa ta określa grupę środków leczniczych, których działanie polega na tym, że w ich obecności drobnoustroje chorobotwórcze nie mogą się rozwijać i rozmnażać, zaatakowany zaś ustrój, wykorzystując swe naturalne siły obronne, zwalcza zakażenie. Przy tym niektóre antybiotyki nie tylko hamują rozwój drobnoustrojów, lecz także zabijają je.

O odkryciu tej znakomitej broni w walce z chorobami zakaźnymi zdecydował zarówno nieustanny wysiłek uczonych, jak też — przypadek, który — jak wiemy — nieraz kierował naukę na nowe tory.

BARWNIKI — ŚRODKIEM LECZNICZYM

„Okres panowania" antybiotyków, zwanych również inaczej lekami bakteriostatycznymi, otwierają sulfamidy.

Pierwszy sulfamid wykrył, przed rokiem 1914, chemik, prof. FOURNEAU, nikomu jednak nie przyszło do głowy zastosować go do celów leczniczych. Dopiero na krótko przed drugą wojną światową, lekarz niemiecki, dr DOMAGK odkrył bakteriostatyczne działanie pierwszego sulfamidu w zakażeniu ropnym, a później w szeregu innych schorzeń, jak róża, zapalenie płuc rzeżączka, zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych itd.

Mówimy „pierwszy sulfamid", bowiem stał się on punktem wyjścia do tworzenia nowych podobnych związków chemicznych, które w różny sposób działały na poszczególne zarazki Usługi oddane ludzkości przez sulfamidy były olbrzymie; stały się one skuteczną bronią w walce z różnymi zakażeniami w chirurgii, położnictwie, chorobach wewnętrznych itd. Dość powiedzieć, że dzięki sulfamidom odsetek śmiertelności w zapaleniu opon mózgowo - rdzeniowych (wywołanym przez dwoinkę zapalenia opon mózgowych, meningokok) spadł z 95% na 5% Jest to najbardziej godny podziwu rezultat odkrycia sulfamidów.

KARIERA PENICYLINY

Stosowanie coraz nowych związków sulfamidowych rozszerzało się coraz bardziej i mimo, iż pewne drobnoustroje nie poddawały się ich działaniu wydawało się, że jest to ostateczny triumf syntezy chemicznej w lecznictwie. Tymczasem nowy produkt, tym razem naturalny, zapowiadał w laboratoriach jeszcze bardziej olśniewającą karierę — penicylina. Posługacz laboratorium, w którym pracował dr Aleksander FLEMING, zapomniał wstawić do lodówki pożywki posiane gronkowcami. Po kilku dniach hodowle zarosły zieloną pleśnią, spostrzeżono jednak, że z otoczenia kolonii pleśni gronkowce znikły...

OKAZJE, KTÓRE PRZESZŁY BEZ ECHA

Przerwijmy w tym miejscu, by zajrzeć nieco do historii medycyny:

Już wkrótce po odkryciu mikrobów, uczeni zauważyli, iż pomiędzy drobnoustrojami obserwować można wzajemny antagonizm, że pewne gatunki mikrobów tłumią przejawy życiowe innych drobnoustrojów. (PASTEUR wiedział, np. że zarazek wąglika nie rozwija się w obecności beztlenowców). I. I. MIECZNIKOW i współcześni mu badacze przewidywali możliwość wykorzystania tego zjawiska dla celów leczniczych i w pracach swoich pisali o konieczności zastosowania go w walce z drobnoustrojami chorobotwórczymi.

W roku 1898 rosyjski uczony, BUKOWSKI, ustalił, że pałeczka ropy błękitnej ma właściwość hamowania rozwoju zarazków błonicy, cholery i duru brzusznego. Później z bakterii tych wyosobniono substancję — pyocyanazę, która w niewielkich stężeniach hamowała rozwój mikrobów.

W końcu ubiegłego stulecia profesor dermatologii, A. Z. POŁOTIEBNIEW, w pracy na temat „Znaczenie pleśni w patologii", mówi o leczniczych własnościach roztworu zielonej pleśni; roztwory takie stosowano do leczenia długo

nie gojących się ran na kończynach, przy czym notowano pomyślne wyniki tego rodzaju terapii. Inny uczony rosyjski, W. A. MANASSIEIN pisał w tym samym czasie, że w wodzie, w której zasiano spory (zarodniki) zielonej pleśni, nigdy nie rozwijały się bakterie.

OKRES NAJTRUDNIEJSZYCH PRAC

Ogromną zasługą FLEMINGA było to, że rozpoczął badania i poszukiwania przyczyny antagonizmu między pleśnią i gronkowcem. Wyosobnił grzybka i ustalił, że jest to **pędzlak — Penicillium notatum,** gatunek dość rzadki, opisywany już poprzednio przez różnych specjalistów, którzy ani nie podejrzewali, ani nie poszukiwali jakichś szczególnych jego właściwości. Po długich, żmudnych doświadczeniach, w których niszczenie gronkowca przez pleśń nie ulegało już wątpliwości, Fleming stwierdził, iż zjawisko to polega na tym, że grzybek wydziela specjalną substancję, którą rozprasza dokoła siebie, a która działa jak jad na mikroby.

Odkrycie to jednak stanowiło tylko pierwszy etap: aby przejść stąd do praktycznych realizacji, trzeba było wielu lat żmudnej pracy i pomocy wielu uczonych, lekarzy i chemików. Do najbliższych współpracowników Fleminga należeli bracia FLOREY, lekarze z Oxfordu, Ernest Borys CHAIN, lekarz, niemiecki Żyd, który po dojściu Hitlera do władzy uszedł przed brutalnymi prześladowaniami i znalazł się w Anglii; uczonym tym zresztą przyznano wspólnie z Flemingiem nagrodę Nobla. Spośród chemików wymienić trzeba uczonego ROBINSONA, który obecnie w dalszym ciągu przeprowadza próby nad chemiczną syntezą penicyliny.

Przed uczonymi stanęły liczne problemy do rozstrzygnięcia: aby wprowadzić penicylinę do ogólnego lecznictwa, trzeba móc ją produkować w ilościach przemysłowych — trudna sprawa, gdyż nie chodzi tu o związek chemiczny, wytwarzany drogą syntezy, jak np. sulfamidy lub inne leki, lecz o wydzielinę mikroskopijnego grzybka; grzybek ten musi się rozwijać w specjalnych urządzeniach, obliczonych na wielką wydajność i z tego powodu bardzo kosztownych; następnie trzeba oczyścić właściwy produkt z licznych odpadków hodowli, aby otrzymać lek, pozbawiony towarzyszących mu elementów toksycznych; dalej, trzeba było ustalić warunki konserwacji penicyliny, ponieważ penicylina zjawiła się nagle, jako produkt delikatny, rozkładający się szybko samoistnie. Dziś wiemy, że penicylinę konserwuje się w proszku, w suchych flakonikach, że trzeba ją trzymać przed użyciem w lodówce i dopiero tuż przed wstrzyknięciem wyjmować z lodówki.

Trzeba było wreszcie ustalić sposób aplikowania chorym penicyliny; tu pomyślną była okoliczność, iż penicylina jest w b. nikłym stopniu toksyczna i człowiek może ją znosić w ilościach wręcz olbrzymich bez obaw; sprawa komplikowała się jednak przez to, że penicylina nie wchłania się z przewodu pokarmowego, jak np. sulfamidy, przeto konieczne są wstrzykiwania, z tych znów najlepsze domięśniowe; na koniec stwierdzono nagle, że penicylina po wstrzyknięciu wydziela się z moczem w ciągu kilku godzin, aby więc utrzymać nasycenie ustroju penicyliną, konieczne do niszczenia zarazków, trzeba wstrzykiwania powtarzać w skróconych okresach, co 3 godziny.

Uzyskanie i sprawdzenie tych wiadomości wymagało długich lat skrupulatnych badań, prób, poszukiwań; i w ten oto sposób zaczęto wreszcie stosować penicylinę w Anglii i Ameryce; w Europie zjawiła się dopiero po upadku Niemiec. Początkowo był to lek bardzo cenny, było go mało, obecnie użycie penicyliny jest tak samo powszechne, jak i innych leków.

Trudy ponoszone w ciągu 20 lat zostały uwieńczone zdumiewająco pomyślnymi wynikami. Dzięki penicylinie ratuje się olbrzymią większość posocznic, a rzeżączkę leczy się w 48 godzin... Co więcej, penicylina okazała się zabójcza dla wielkiej liczby drobnoustrojów, wobec których medycyna była dotąd bezradna. Gronkowiec, groźny sprawca rozlicznych zapaleń ropnych, daje się z łatwością zwalczać w organizmie; nawet beztlenowce ulegają nowemu lekowi. W leczeniu kiły penicylina wypiera skutecznie niebezpieczny arsenobenzen. Wreszcie wyniki najbardziej imponujące: w leczeniu schorzeń, które były dotąd śmiertelne w 100% przypadków, jak złośliwe zapalenie wsierdzia, obojętne na leczenie sulfamidami, dają się w większości leczyć ogromnymi dawkami i długo trwającymi kuracjami penicyliną.

Uczeni na całym świecie pracują w dalszym ciągu nad doskonaleniem otrzymanych rezultatów: w jaki sposób uprościć leczenie, by nie trzeba było posiłkować się tak częstymi wstrzyki-

waniami? Branie zastrzyków co 3 godziny, w dzień i w nocy, nieraz w ciągu miesięcy (jak to ma miejsce w chorobie Oslera) jest dla chorego męczarnią, nie mówiąc już o trudnej organizacji takiego leczenia, konieczności zatrudnienia specjalnego personelu pielęgniarskiego, uciążliwej konserwacji i wreszcie zapewnienie ogromnych ilości leku.

Następne nasuwające się zagadnienie, to problem chemicznej syntezy penicyliny, co obniżyłoby znacznie koszty produkcji i cenę leku. W istocie, podczas gdy sulfamidy są lekiem względnie mało kosztownym, penicylina przeciwnie, jest bardzo droga, z powodu trudnej i niewygodnej produkcji. Kryje się tu problem ekonomiczny i społeczny, często delikatnej natury, który wzrośnie tym więcej, gdy lekarze, którzy dotąd przepisują w większości dawki dość słabe, zaczną się stopniowo przyzwyczajać do zalecania dawek większych, zdolnych przełamać oporność na penicylinę atakowanego zarazka.

Leczenie innymi antybiotykami budzi zresztą również ten sam problem ekonomiczny (szczególnie streptomycyna).

NASZE PERSPEKTYWY

Po rewelacyjnym odkryciu Fleminga, zaczęto systematycznie badać, czy inne grzybki nie produkują również substancji, zdolnych niszczyć bakterie. Rzeczywiście ujawniono już istnienie znacznej liczby substancji tego rodzaju, różnych antybiotyków, ale — jak wiemy — samo odkrycie i wyodrębnienie jakiegoś ciała czynnego stanowi zaledwie początkowy moment pracy. Trzeba uwzględnić i spełnić wiele różnych warunków, aby mieć w ręku lek praktycznie użytkowy; nie wyszczególniając wszystkich tych warunków, o dwóch zasadniczych musimy przynajmniej wspomnieć: pierwszym warunkiem jest, by środek nie był dla ustroju ludzkiego toksyczny, albo, żeby miał należytą rozpiętość między dawką trującą dla człowieka, a dawką trującą dla zarazka, który ma zwalczać; drugi warunek: by grzybek nadawał się do masowej hodowli i pozwalał na eksploatację w ilościach przemysłowych.

Tym się tłumaczy, że z licznych antybiotyków, czynnych w doświadczeniach laboratoryjnych w małych ilościach, bardzo niewiele budzi nadzieje na możliwość praktycznego zastosowania w lecznictwie.

Obecnie w praktyce lekarskiej używa się następujących antybiotyków: PENICYLINY, GRAMICYDYNY, STREPTOMYCYNY i ERYTRYNY.

W roku 1939 wyosobniono z bakterii glebowych czynne ciało antybiotyczne TYROTRYCYNĘ, która niszczyła gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i in. Ustalono później, że tyrotrycyna składa się z 2 antybiotyków — gramicydyny i tyrocydyny. Gramicydyna znalazła praktyczne zastosowanie w leczeniu różnych zapaleń ropnych.

Radzieccy uczeni, HAUZE i BRAŻNIKOWA, otrzymali antybiotyk, który nazwali „gramicydyną sowiecką“ — gramicydyna S. Preparat ten zabija nie tylko gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i inne drobnoustroje ropotwórcze, lecz działa także na zarazki zgorzeli gazowej i błonicy, niektóre bakterie gramoujemne, jak pałeczkę okrężnicy i odmieńca które nierzadko wikłają przebieg ropnych ran.

Gramicydyna S produkowana jest w Związku Radzieckim w ilościach pokrywających zapotrzebowanie Instytucji Służby Zdrowia. Gramicydynę S cechuje powolne wsysanie się z tkanek, co nadaje jej przywilej, jako antyseptykowi miejscowemu i ogólnemu; tym więcej, że można ją stosować w postaci np. kropli do nosa, tamponów, pędzlowania gardła itd.

Ostatnio, uczeni radzieccy, SILBER i JAKOBSON, otrzymali nowy antybiotyk, z tkanek zwierzęcych — ERYTRYNĘ, znajdującą się głównie w czerwonych krwinkach zwierzęcych. Lek ten produkuje się już na wielką skalę w Związku Radzieckim. Erytryna działa bakteriobójczo na pałeczki błonicy, gronkowce i in.

W roku 1946 inny uczony radziecki, GUBARIEW, wyosobnił z drobnoustrojów substancję antybiotyczną, nazwaną „kwasem oksydyfterynowym“. Badania kliniczne wykazały lecznicze działanie tego preparatu w trądzie.

O streptomycynie, na której coraz bardziej skupia się uwaga świata lekarskiego, a nawet świata w ogóle, była mowa w artykule prof. dra K. Jonschera w pierwszym numerze naszego pisma.

W. L.

W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej

Dr T. ROŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

ZAKAŻENIE

Drugim ważnym powikłaniem ran jest zakażenie. Polega ono na wtargnięciu do rany bakterii chorobotwórczych, wywołujących tzw. ZAKAŻENIA PRZYRANNE.

Najważniejszymi zakażeniami przyrannymi są:

1) róża;
2) tężec;
3) zgorzel gazowa.

RÓŻA — jest to zakażenie rany paciorkowcem. Ciężkie to i burzliwe schorzenie jest niezwykle zaraźliwe, dlatego chorych z różą należy bezwzględnie izolować.

Objawy choroby mogą być **ogólne** i **miejscowe.** Chory skarży się na nagle występujące bóle głowy, dreszcze, czasem nudności i wymioty. Ciepłota ciała szybko się podnosi, sięgając do 40 stopni. Samopoczucie chorego jest złe, robi on wrażenie ciężko chorego. Objawy miejscowe są charakterystyczne: obrzęk i zaczerwienienie skóry. Rana jest okolona szerokim, czerwonym pasem o lekkowzniesionych brzegach, które nie przebiegają równo, lecz wykazują językowate wypustki. Cała zmieniona chorobowo skóra jest bolesna przy dotyku, lśniąca, i sprawia choremu wrażenie pieczenia. Nieodpowiednio lub wcale nieleczona róża może w krótkim czasie doprowadzić do śmierci.

Pierwsza pomoc polega na nałożeniu aseptycznego opatrunku, po czym należy odesłać chorego do szpitala zakaźnego, względnie wezwać lekarza. Dobrze jest posmarować skórę jodyną w miejscu, gdzie zapalny brzeg zaczerwienienia przechodzi w zdrową skórę. Nie wolno natomiast smarować samej rany.

Najważniejszą rolę odgrywa tu jednak **zapobieganie.** Przed zakażeniem różą można się uchronić przez umiejętne nakładanie jałowych opatrunków i przez unikanie styczności z chorymi na różę. Ratownik musi pamiętać, że jego ręce powinny być jak najczystsze i, że nawet najczystszymi rękami nie można dotykać rany, ani tych części opatrunku, które stykają się z nią bezpośrednio.

TĘŻEC jest daleko poważniejszą chorobą, która najczęściej kończy się śmiercią. Polega ona na zakażeniu rany bakteriami tężca, które znajdują się przeważnie w ogrodowej i polnej ziemi, zwłaszcza uprawianej końskim nawozem.

Objawy choroby są przeważnie natury ogólnej: ciepłota ciała ulega znacznemu podwyższeniu (40 stopni i więcej), a chory zaczyna odczuwać silne, bolesne skurcze mięśni całego ciała. Zjawiają się one początkowo w mięśniach twarzy, wykrzywiając ją w jakimś dziwnym, bolesnym śmiechu, następnie obejmują całe ciało. Skurcze te nie trwają bez przerwy: są między nimi okresy bezbolesne i bezskurczowe, wystarczy jednak najmniejsze poruszenie chorego, czy też nawet najmniejszy dźwięk lub błysk światła, żeby je natychmiast wywołać.

W krótkim czasie chorzy giną na skutek porażenia mięśni przepony brzusznej i klatki piersiowej, co sprowadza uduszenie.

Pierwsza pomoc — pozostawienie chorego w spokoju, pod opieką i natychmiastowe wezwanie lekarza!

Zapobieganie tężcowi polega na wstrzykiwaniu surowicy przeciwtężcowej we wszystkich wypadkach ran zanieczyszczonych pyłem ulicznym, a zwłaszcza ziemią polną i ogrodową (wszystkie rany wojenne). Niektórzy chirurdzy wstrzykują zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową przy wszystkich zranieniach rąk i stóp.

ZGORZEL GAZOWA jest schorzeniem przyrannym, wikłającym najczęściej rozległe rany miażdżone spotykane głównie na wojnie i w następstwie wypadków ulicznych. Zarazek zgorzeli gazowej, jako rozwijający się tylko w warunkach beztlenowych, żeruje najchętniej na tkankach obumarłych, które szczególnie znajdują się w ranach miażdżonych.

Objawy choroby: wysoka gorączka, dreszcze, bardzo ciężki stan ogólny. W otoczeniu rany zjawia się charakterystyczny obrzęk, przy obmacywaniu którego odczuwa się jakby szeleszczenie tkanek, rozdętych gazami, wytwarzanymi przez rozwijające się bakterie.

W braku szybkiej pomocy lekarskiej choroba w krótkim czasie kończy się śmiercią przez zatrucie ustroju jadami bakteryjnymi.

Pierwsza pomoc polegać będzie na możliwie najszybszym dostarczeniu chorego do szpitala.

Zapobieganie polega na stosowaniu surowicy przeciwzgorzelinowej we wszystkich przypadkach ran miażdżonych, podejrzanych o zanieczyszczenie ziemią oraz na przestrzeganiu aseptyki opatrunków.

*

STŁUCZENIE

Stłuczeniem nazywamy uszkodzenie ciała bez przerwania ciągłości powłok skórnych, powstałe na skutek tępego urazu (uderzenie, upadek itp.). Pod wpływem urazu w tkance podskórnej pękają drobne naczynia krwionośne, krew wylewa się do okolicznych tkanek i powstaje tzw. **krwiak**, który jako sinawa plama prześwieca przez skórę. Mówimy wtedy najczęściej o tzw. siniaku.

Objawy stłuczenia — to ból, lekki obrzęk, zasinienie skóry i upośledzenie czynności uszkodzonej części ciała. Zależnie od rozmiarów stłuczenia, wielkości i ilości pękniętych naczyń — objawy te będą miały większe lub mniejsze natężenie. Po kilku dniach siniak przybiera zabarwienie brunatnawe, potem zielonkawe, żółte, aż w końcu znika zupełnie.

Pierwsza pomoc: położyć zimny, wilgotny okład na stłuczone miejsce. Jeżeli stłuczenie dotyczy kończyny, należy ją na krótki czas (2 dni) unieruchomić. Po 24 godzinach stosować łagodne ciepło w formie okładów lub nagrzewań lampą czerwoną.

Przy silnych stłuczeniach okolicy klatki piersiowej, jamy brzusznej lub czaszki zawsze zachodzi obawa uszkodzenia jednego z narządów wewnętrznych, jak płuca. wątroba, nerki, jelita, a jeśli chodzi o czaszkę — mózgu. Wszystkie te uszkodzenia są niezwykle groźne, to też gdy chory natychmiast lub wkrótce po urazie zacznie zdradzać niepokojące objawy: jak utrata przytomności, nagłe zblednięcie, silne bóle w brzuchu lub klatce piersiowej, wymioty (zwłaszcza krwawe), szybkie i słabo napięte tętno itp. należy natychmiast wezwać lekarza.

D. c. n.

Z notatnika pielęgniarki

Nakłucie lędźwiowe

NAKŁUCIE lędźwiowe stosuje się najczęściej w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego dla badań laboratoryjnych (np. na odczyn Wassermanna), lub też w celach leczniczych: wypuszcza się pewną ilość płynu w celu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, lub wprowadza się na miejsce wypuszczonego płynu preparat leczniczy.

Jest to zabieg, wymagający aseptyki — operacyjnej. Ręce lekarza i pielęgniarki winny być myte chirurgicznie, a narzędzia wyjałowione.

POTRZEBNE NARZĘDZIA I MATERIAŁ OPATRUNKOWY (wyjałowione).

- 2 igły do nakłuć lędźwiowych z mandarynami,
- 2 pensety,
- 2 probówki,
- strzykawka,
- rękawiczki gumowe,
- 3 serwetki,
- gazik, waciki, pałeczki do jodyny,
- nerka,
- dren do manometru.

Oprócz tego, przygotowujemy: chlorek etylu, miseczkę na odpadki, nalepki na probówki, alkohol, jodynę, przylepiec, nożyczki.

PRZYGOTOWANIE CHOREGO

Chory siada na krześle, lub stole opatrunkowym, z nogami opartymi na taborecie, mocno pochylony do przodu, z wygiętym kręgosłupem, z rękami skrzyżowanymi i przyciągniętymi do klatki piersiowej. Chorego można także ułożyć na prawym boku, z kolanami podciągniętymi do brzucha, kręgosłup zgięty do przodu. Choremu poleca się, by wciągnął brzuch, a nieprzytomnym uciska się brzuch małą poduszeczką.

Przed zabiegiem pielęgniarka winna objaśnić chorego, na czym zabieg polega, uspokoić go, że nie będzie bolesny, ani długotrwały.

W czasie gdy lekarz wkłada rękawiczki, pielęgniarka przygotowuje pole do zabiegu, okrywa serwetkami, znieczula miejsce nakłucia (zwykle między 2 i 3 lub 3 i 4 kręgiem lędźwiowym).

TECHNIKA ZABIEGU

Po nakłuciu, gdy zaczynają wypływać pierwsze krople płynu mózgowo-rdzeniowego, pielęgniarka podaje lekarzowi dren do manometru. Lekarz łączy dren z igłą, a pielęgniarka drugi koniec drenu — z manometrem. Po sprawdzeniu ciśnienia, lekarz odłącza dren od igły i umieszcza go na jałowej serwetce, gdyż po wykonaniu zabiegu i wypuszczeniu pewnej ilości płynu, ciśnienie mierzy się powtórnie. W wypadku, gdy ciśnienie wewnątrz kanału rdzeniowego jest niskie i płyn sam nie wypływa. wyciąga go się strzykawką. Pod spływający płyn pielęgniarka podstawia probówkę, którą po napełnieniu zakrywa wyjałowionym korkiem lub gazikiem i odstawia do statywu, uważając, aby się płyn nie wylał.

Po wyjęciu igły pielęgniarka zakłada opatrunek na miejsce ukłucia i przymocowuje go przylepcem. cem.

PO ZABIEGU

Natychmiast po zabiegu, pielęgniarka nalepia na probówkę kartkę z nazwiskiem chorego, z napisem „płyn mózgowo-rdzeniowy" i odsyła ją do laboratorium.

Chory po zabiegu powinien leżeć na wznak 24 godziny, zupełnie płasko, najwyżej z małą poduszeczką pod głową. Powinien zachować spokój i być na ścisłej diecie. Chorym chodzącym, którym pobrano płyn w celach diagnostycznych (np. kiła), zaleca się również wypoczynek i spokojne leżenie z g ową nisko ułożoną. Powinien on powstrzymac się tego dnia od potraw ciężkostrawnych i napojów alkoholowych.

A. W. J.

KRONIKA

ZWIĄZKU ZAW. PRACOW. SŁUŻBY ZDROWIA R. P.

15 GRUDNIA W ŚWIETLICY ZARZ. GŁ. Z.Z.P. S.Z.

Pierwszy dzień obrad Kongresu Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej był uroczyście obchodzony w Zarządzie Głównym Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia R. P.

O godzinie 9.58 — wszyscy pracownicy zebrali się przy aparacie radiowym celem wysłuchania transmisji z otwarcia obrad Kongresu. Po zakończeniu transmisji, przemówienie okolicznościowe wygłosił Sekretarz Generalny Związku, ob. Feliks Jarzębowski. Następnie zabrali głos w imieniu Prezydium ob. ob. Antoni Wardyński i Wacław Sławiński, ze strony zaś pracowników ob. ob. Romana Mazurkówna, Józef Jasiński i Bolesław Czechowski, którzy podkreślili historyczne znaczenie Zjednoczenia Partii Robotniczych dla świata pracy.

Dla upamiętnienia uroczystego dnia Kongresu pracownicy Zarządu Głównego Związku postanowili ufundować księgę, w której będą notować prace i zdobycze, dotyczące ochrony zdrowia. Na zakończenie ob. Czechowski odśpiewał „Międzynarodówkę" i „Czerwony Sztandar" w języku esperanto.

O godzinie 18.30 dla warszawskich pracowników Związku oraz zaproszonych gości odbyła się akademia. Na wstępie, Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego ob. dr Lucjan Dobrowolski wygłosił referat, w którym dał krótki rys historii ruchu robotniczego oraz podkreślił znaczenie sojuszu robotniczo - chłopskiego.

W części artystycznej akademii, zespół pracowników Zarządu Głównego wystąpił z chóralnymi i indywidualnymi recytacjami. Konferansjerkę prowadziła ob. Mazurkówna. Deklamowano m. inn. poezje Majakowskiego, Ważyka i Pasternaka. W części rozrywkowej recytowano utwory Brzechwy, Jurandota, Kerna i Wiecha, obrazujące w dowcipnej formie aktualne zagadnienia społeczne oraz fragmenty z życia szpitalnego.

15 GRUDNIA W SZKOLE Z.Z.P. S.Z.

Dzień Zjednoczenia Polskiej Partii Robotniczej i Polskiej Partii Socjalistycznej w Szkole Pielęgniarstwa Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr. obchodzony był bardzo uroczyście. Rano, uczennice Szkoły w miejscach swej pracy wysłuchały przez radio przemówienia Prezydenta Bieruta, a o godzinie 14 zebrały się wszystkie w świetlicy, udekorowanej odświętnie czerwienią.

Jako delegaci Z.Z.P.S.Z. przybyli: I Wiceprzewodniczący ob. dr Lucjan Dobrowolski, II Wiceprzewodniczący ob. Stanisław Cepuchowicz, III Wiceprzewodniczący ob. Antoni Wardyński oraz Sekretarz Generalny ob. Feliks Jarzębowski. Wszystkich przybyłych gości uczennice Szkoły udekorowały czerwonymi kokardkami.

Uroczystość rozpoczęto odśpiewaniem międzynarodówki, po czym ob. Dyrektorka Janina Szybińska powitała przybyłych gości. Ob. dr Dobrowolski wygłosił okolicznościowy referat, podkreślając doniosłość i ważność Zjednoczenia obu Partii, charakteryzując dwa nurty Partii Robotniczych i podkreślając, że Zjednoczenie przyczyni się do uwielokrotnienia naszych wysiłków we wszystkich dziedzinach życia.

Wicedyrektorka Szkoły ob. Irena Lechowska, nawiązując do referatu ob. dra Dobrowolskiego omówiła rolę, jaką winna w społeczeństwie spełnić pielęgniarka. Podkreśliła znaczenie wychowania rzesz pielęgniarskich w duchu demokratycznym dla należytego, uczciwego spełniania zadań wobec powierzonego jej pieczy pielęgniarskiej zdrowia ludzi pracy.

Uczennice odśpiewały kilka rewolucyjnych pieśni, po czym przemówił Generalny Sekretarz Związku ob. Feliks Jarzębowski.

Zebranie przeciągnęło się do wieczora.

Sprawozdanie roczne z działalności Sekcji Pielęgniarskiej Z.Z.P. S.Z. Oddział w Radomiu.

W skład Sekcji wchodzi 25 osób. W ciągu 1948 r. przybyło 4 osoby, natomiast 2 ubyło, w tym: jedna zmarła — ś. p. Sapińska Aleksandra oraz na skutek zwolnienia się z pracy opuściła naszą Sekcję Dalewska Krystyna.

Skład Zarządu Następujący: Przewodn. Połomska Helena, Wiceprzewodn. — Sadowska Cecylia; Sekretarka — Szczurkówna Eleonora; Skarbniczka — Stępień Anna.

Referat kult.-oświat. — Kijewska Bogdana.

Organiz. – imprezowy — Michalska Zofia; organizac. kobiecy — Karaś Felicja.

Działalność Zarządu — może wykazać się następującymi osiągnięciami: w okresie sprawozdawczym przeprowadzono 10 pełnych zebrań i 12 zebrań Zarządu.

Na odcinku społeczno-wychowawczym Zarząd na czele z koleżanką Kijewską Bogdaną zorganizował szereg odczytów i pokazów w Radomiu i okolicznych wsiach, o higienie i chorobach społecznych jak: gruźlica, jaglica, choroby weneryczne. Ponadto 13 godz. poświęciła kol. Kijewska na wykłady z pielęgniarstwa dla młodzieży P. C. K. i szkół powszechnych.

Kol. Połomska Helena opracowała popularną broszurę o jaglicy, którą w postaci odpisu maszynowego rozpowszechniła wśród dzieci.

Kol. Czykunowa Janina i Połomska Helena zorganizowały pokaz racjonalnej kąpieli i przewijania noworodków i niemowląt.

Na odcinku dokształcania zawodowego zorganizowano z kol. Kijewską Bogdaną cykl odczytów-pogadanek na temat: 1) „Ogólne zasady etyki pielęgniarskiej": a) prawdomówność, b) skromność, c) punktualność, d)

(C. d. na str. 20).

dyskrecja, e) higiena osobista — uwzględniając oddziały zakaźne. 2) stosunek pielęgniarki do: lekarzy, przełożonych władz, salowych, woźnych, koleżanek. 3) praca w szpitalach, przychodniach, szkołach, żłobkach i domach sierot. 4) praca społeczna, technika prowadzenia wywiadów. 5) praktyka prywatna, stosunek pielęgn. do chorego i otoczenia. 6) oszczędne używanie leków i materiałów opatrunkowych. 7) ważność lektury zawodowej.

Referat o etyce powtórzono na zebraniu Sióstr Pog. San. P. C. K.

Na odcinku referatu organiz.-imprezowego zorganizowano zbiórkę odzieży zimowej na sierociniec i zbiórkę pieniężną na Komitet dzieci Warszawy.

Zarząd czynił starania o uzyskanie płótna na sukienki do pracy po cenach zniżonych, starania te nie dały jednak pozytywnego wyniku.

Na zebraniach Sekcji uchwalono m. in. że wysokość składek członkowskich ma wynosić 20 zł miesięcznie, oraz że Sekcja Piel. obejmuje wraz ze Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr. opiekę nad sierocińcem. Na ten cel opodatkowano się dodatkowo po 10 zł z tym, iż 20 zł przekazane zostanie na sierociniec, a 10 zł — na potrzeby Sekcji. Poza tym wpłacono 1.220 zł i zarządzono wśród członków zbiórkę odzieży zimowej na rzecz Sierocińca. Na koniec postanowiono zaprowadzić kronikę Sekcji Pielęgniarskiej.

H. P.

Aby dać możność porównania programów i wyników działalności poszczególnych Sekcji Pielęgniarskich oraz utrzymania łączności pomiędzy poszczególnymi Sekcjami. Redakcja będzie chętnie zamieszczać roczne (za rok 1948) sprawozdania, nadsyłane w podobnej formie, jak to uczyniła Sekcja Pielęgniarska Z. Z. P. S. Z. Oddział w Radomiu. Jednocześnie zamieszczane będą bieżące wiadomości z życia Sekcji.

Z kraju

W ostatniej dekadzie stycznia roku 1949 odbędzie się w Ministerstwie Zdrowia odprawa wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa, na której będą omawiane następujące zagadnienia:

1) Rola pielęgniarki społecznej w lecznictwie otwartym i zamkniętym,
2) zagadnienie pielęgniarstwa przyszpitalnego.
3) problem szkolenia nowych kadr pielęgniarskich.

Poza tym omówione zostaną na odprawie: wytyczne planu pracy wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa na rok 1949 w zakresie szkolenia i kontroli pracy średniego personelu sanitarnego oraz wprowadzenie w terenie nowej akcji pielęgniarstwa przyszpitalnego.

W końcu stycznia lub w początkach lutego 1949 r. Ministerstwo Zdrowia przewiduje rozpoczęcie 2-miesięcznego kursu instruktorek pielęgniarstwa społecznego w Warszawie. Celem kursu jest przygotowanie instruktorek pielęgniarstwa społecznego do pracy terenowej oraz instruktorek pielęgniarstwa przyszpitalnego w szpitalach na prowincji.

Program kursu, poza przedmiotami ściśle fachowymi, przewiduje wykłady z zagadnień społecznych, Polski Współczesnej, historii ruchu zawodowego i organizacji służby zdrowia w Polsce.

Kandydatki na kurs kierowane są przez Wydziały Zdrowia Urzędów Wojewódzkich, po uzgodnieniu kandydatur z okręgowymi komisjami Związków Zawodowych. Słuchaczki mają zapewniony internat, który — podobnie jak wykłady — jest bezpłatny.

Każda słuchaczka musi przygotować pracę seminaryjną na jeden z dowolnie wybranych tematów, wykładanych na kursie.

W początkach lutego 1949 r. ma się odbyć odprawa instruktorek pielęgniarstwa społecznego, absolwentek I kursu instruktorskiego z r. 1948. Po ukończeniu kursu, absolwentki złożyły w lipcu 1948 plany swej pracy na II półrocze 1948 r. Odprawa ma na celu skontrolowanie wykonania tych planów i omówienie zamierzeń dalszych prac instruktorek pielęgniarstwa społecznego.

EGZAMIN DYPLOMOWY W POZNANIU

W dniu 4 grudnia 1948 roku Poznańska Szkoła Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża zasiliła kadry pielęgniarstwa nowymi absolwentkami, które natychmiast objęły placówki czekające na personel o pełnych kwalifikacjach zawodowych.

Część pracuje już w Ośrodkach Zdrowia, Szpitalach i Klinikach, inne jako instruktorki w szpitalu PCK w Łodzi i Szczecinie oraz w Szpitalu w Zielonej Górze na Ziemi Lubuskiej, jako instruktorki kursów Pogotowia Sanitarnego PCK.

Na uroczystości wręczenia dyplomów obecni byli: Prezes Zarządu Głównego PCK, ob. dr Kostkiewicz, Dyrektor Wydziału Szkoleniowego Zarz. Gł. PCK, ob. dr Lenk oraz przedstawiciel Wojewody Poznańskiego — ob. dr Stefan Wrzyszczyński, Pielęgniarka Wojewódzka ob. Katarzyna Szwarc, delegat DOW dr ppłk Łepkowski, Inspektor Zarządu Gł. PCK na Okręg Wielkopolski ob. Skarżyński, Przedstawiciele Partii Politycznych, Wojewódzkiej Rady Narodowej, Organizacyj Społecznych i Prasy.

Dyplomy otrzymały:

Bolewska Danuta, Borys Janina, Chyczewska Maria, Dąbrowska Lucyna, Grec Bożenna, Hendrykowska Maria, Ignaszewska Irena, Januszewska Wanda, Kaczmarek Joanna, Krajewska Donatylla, Kopeć Genowefa, Kledecka Danuta, Muraszew Irena, Obrębalska Maria, Olenderek Bożenna, Pardosz Maria, Rajmann Bożenna, Rudkowska Lidia, Sławecka Maria, Stanisławska Zofia, Szukszta Irena, Szulisławska Anna, Szymulewicz Maria, Witkowska Krystyna, Wiśniewska Anna, Witol Danuta, Wojciechowska Krystyna, Dziekan Irena, Drews Gertruda, Jabłońska Irena, Misgajska Jadwiga, Powierża Władysława, Kulińska Izabella, Reichówna Maria, Iwańska Julia, Skoturczak Zofia,

Duda Pelagia, Dunalska Maria, Grobelska Maria, Kostowska Zofia, Wiśniewska Helena, Rachalewska Teresa.

Uroczystość rozdania dyplomów absolwentkom Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Zabrzu







13 XI 1948

Z zagranicy

ZSRR

Narodziny pielęgniarstwa w Rosji

Do połowy XIX wieku jedynymi przedstawicielkami średniego personelu sanitarnego były „babki", które odbierały porody i opiekowały się noworodkami. Nie przechodziły one żadnego przeszkolenia, a umiejętności swe czerpały z wieloletniej praktyki. Pierwsza szkoła dla „babek" (tak je wówczas nazywano) powstała w Moskwie w r. 1757.

Pielęgnowaniem chorych w szpitalach i domach prywatnych zajmowały się w tym okresie „siostry miłosierdzia" — zakonnice z klasztorów.

Pierwszą szkołę, tak zwaną „obszczynę" zorganizowano w Petersburgu w r. 1844. Celem tej szkoły nie było właściwie przygotowywanie „sióstr miłosierdzia" do pielęgnowania chorych, ale przede wszystkim wychowanie religijne, gdyż działalność ich polegała głównie na misjonarstwie.

Już wówczas jednak odczuwano i zdawano sobie sprawę z konieczności umiejętnej opieki nad chorymi w szpitalach — opieki wykonywanej przez specjalnie w tym celu przygotowany personel. Dawna „obsługa szpitalna" nie spełniała zadania pomocnic lekarzy oddziałowych.

W r. 1854 z inicjatywy wielkiego chirurga, Pirogowa powstała pierwsza szkoła felczerek, w Petersburgu: na pierwszy kurs przyjęto 20 uczennic. Wiele ciekawych szczegółów z historii tej szkoły znajdujemy w książce N. Werodinowa, z r. 1860. Autor pisze, jak mało zainteresowania społeczeństwo okazuje tej szkole jedynej w Rosji i pierwszej w Europie, szkole, która stworzyła dla kobiety nowy zawód.

Kurs nauk trwał 4 lata, z czego dwa pierwsze lata wypełniała teoria, a następne dwa — praktyka. Uczennice pracowały w szpitalu od 7 do 12 i od 17 do 19, wypełniając zlecenia lekarskie i obserwując chorych, z pominięciem właściwego pielęgnowania. Program szkoły obejmował: anatomię z fizjologią, chirurgię z desmurgią, farmakologię z recepturą, pierwszą pomoc, choroby dziecięce, kobiece oraz naukę języka łacińskiego.

Specjalną uwagę zwracano na zapoznanie uczennic z pielęgnowaniem noworodków i wyrobieniem w uczennicach spostrzegawczości, ażeby uczennice „z wyglądu dzieci, ich wypróżnień, krzyku — mogły określić stan chorobowy".

Uroczystość rozdania dyplomów absolwentkom szkoły pielęgniarstwa PCK w Poznaniu



Przemówienie ob. dra H. Lenka — Szefa Resortu Sanitarnego Zarz. Gł. PCK — do absolwentek



Dyrektorka Szkoły Pielęgn. PCK ob. Maria Jędrzejewska składa absolwentkom życzenia owocnej pracy pielęgniarskiej



Przedstawicielka absolwentek przemawia w imieniu całego Kursu



4 XII



1948

Ćwiczenia praktyczne obejmowały m. in.: stawianie baniek i pijawek, nakładanie opatrunków, szczepienie ospy i obserwację chorych.

Ponadto wymagana była umiejętność pracy w aptece oraz wykonywania tych wszystkich zabiegów, których wymaga się obecnie od pielęgniarek.

Jesienią 1859 r. odbył się pierwszy końcowy egzamin w szkole. Uczennice ciągnęły bilety. A oto treść jednego z biletów:

1. Zwichnięcia.
2. Główne części klatki piersiowej i jamy brzusznej.
3. Krwiobieg, różnica między żyłą i tętnicą.
4. Szczepienie ospy, przebieg ospy, powikłania i rekonwalescencja.

Oprócz egzaminu z teorii odbywały się także egzaminy z zajęć praktycznych.

Pierwszy egzamin wypadł pomyślnie, a celujące odpowiedzi uczennic znalazły uznanie u Komisji egzaminacyjnej.

Szkoła ta przetrwała wiele lat. Gruntowna reforma systemu szkół pielęgniarstwa nastąpiła dopiero po rewolucji, w r. 1918 wówczas, gdy sprawę pielęgniarstwa przejął ludowy komisariat zdrowia.

OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM.

W maju 1948 r. Min. Zdrowia ZSRR wydało rozporządzenie o połączeniu poradni dla matek z zakładami położniczymi. Dyrektor Zakładu Położniczego staje się jednocześnie zwierzchnikiem wszystkich poliklinik dla kobiet i ambulatoriów, znajdujących się na terenie jego rejonu. Lekarze pracują na zmianę w ambulatoriach i w zakładzie położniczym.

Zmiana taka jest niewątpliwie korzystna zarówno dla lekarzy, którzy zdobywają większe doświadczenie, jak i dla kobiet, które w tym systemie podlegają ciągłości leczenia. Kolejna zmiana miejsc pracy obowiązuje również pielęgniarki i położne; daje to możność zdobycia doświadczenia w obu działach pracy, a w rezultacie zapewnia sprawniejszą i lepszą opiekę matkom przed, w czasie i po porodzie.

Nowa Zelandia.

Dzięki staraniom Stowarzyszenia Pielęgniarek nowozelandzkich, władze państwowe zatwierdziły przepisy o zatrudnianiu personelu szpitalnego. Najważniejszy punkt tego rozporządzenia dotyczy uregulowania uposażenia pielęgniarek. Z biuletynu Stowarzyszenia Pielęgniarek nowozelandzkich dowiadujemy się że: „Uposażenie nie będzie zależało od łaski i hojności pracodawcy, lecz będzie oparte na ustalonych normach wraz z przewidzianymi dodatkami (wyżywienie, umundurowanie, mieszkanie i ewentualna dopłata za godziny nadliczbowe").

Stow. Pielęgniarek zostało uznane jako przedstawicielstwo zawodu we wszystkich sprawach, dotyczących uposażenia i warunków pracy pielęgniarek w szpitalach i innych podobnych instytucjach.

RUMUNIA

Rumuński Czerw. Krzyż zakłada po wsiach Mołdawii niewielkie „stacje macierzyństwa", po 4—5 łóżek. Stacje te mają zapewnić kobietom odpowiednie warunki sanitarne i higieniczne w okresie porodu i połogu. Poszczególnymi stacjami kierują ochotniczo dyplomowane pielęgniarki. Czerwony Krzyż zaopatruje „stacje macierzyństwa" w niezbędny sprzęt i materiał opatrunkowy, a matkom i dzieciom zapewnia środki odżywcze i wzmacniające.

Do chwili obecnej założono 18 stacji, które w ciągu $1\frac{1}{2}$ miesiąca zanotowały już 35 odbytych porodów i udzieliły ponad 60 porad. W myśl planu, przewiduje się założenie 54 urządzeń tego rodzaju w Mołdawii, tam bowiem śmiertelność wśród noworodków jest szczególnie wysoka z powodu braku odpowiedniej opieki i złego stanu zdrowia matek.



W księgarniach i kioskach



DR JÓZEF JANKOWIAK— „Fizykoterapia" Podręcznik dla lekarzy i medyków str. XIII + 447. Skład główny: Państwowa Składnica Księgarska — Warszawa 1948. Wydanie drugie. Poznań 1948.

Fizykoterapia jest to szeroki dział lecznictwa, obejmujący: wodolecznictwo i kąpiele lecznicze, ciepło- i światłolecznictwo, leczenie prądem elektrycznym, zabiegi medyko-mechaniczne i gimnastykę leczniczą.

Gruntowne omówienie całości tak obszernego materiału w stosunkowo niewielkim podręczniku, jasny i przystępny rozbiór każdego z wymienionych działów lecznictwa fizycznego, przejrzystość układu książki, liczne ryciny w tekście i szczegółowy spis rzeczy — wysoko podnoszą praktyczną wartość podręcznika.

Aczkolwiek w podtytule autor zaznacza, że książka ta jest podręcznikiem dla lekarzy i medyków, to pominięcie tam pielęgniarek jest jak sądzę — przeoczeniem. Realizując zlecenia lekarskie, pielęgniarka bardzo często wykonuje zabiegi fizykoterapeutyczne, lecz powiedzmy szczerze — nie zawsze zdaje sobie sprawę z mechanizmu działania tych metod i nie zawsze pamięta o licznych, ważnych szczegółach w ich wykonaniu. Poznanie wskazań, jak również przeciwwskazań w stosowaniu zabiegów fizykoterapeutycznych, nauczenie się techniki poszczególnych zabiegów — jest rzeczą równie ważną dla lekarza, jak i pielęgniarki.

Fizykoterapia, równolegle do ogólnego postępu wiedzy lekarskiej, rozwinęła się i udoskonaliła, a w licznych schorzeniach zabiegi fizykoterapeutyczne są bardzo ważnym, często decydującym sposobem leczenia.

Programowe szkolenie w dziedzinie fizykoterapii w Polsce dotąd jeszcze właściwie nie istnieje; doniosłość zaś tego działu lecznictwa jest niewątpliwa, o czym świadczy szybka rozbudowa placówek przyrodoleczniczych. Pojawienie się „Fizykoterapii" dr Jankowiaka wypełniło lukę w nauczaniu, niezwykle szybkie zaś wyczerpanie pierwszego wydania dowodzi, jak bardzo książka ta jest potrzebna.

W części ogólnej znajdujemy krótki, ciekawy zarys historii fizykoterapii oraz logiczne, jasne ujęcie mechanizmu działania metod fizykoterapeutycznych.

Część szczegółowa, podzielona na 6 zasadniczych działów omawia wszechstronnie całokształt wodolecznictwa, ciepłolecznictwa, elektrolecznictwa itd., opisuje dokładnie technikę wykonywania poszczególnych zabiegów, uzasadnia wpływ na ustrój z punktu widzenia fizjologii oraz określa wskazania i przeciwwskazania.

W „d o d a t k u", umieszczonym przy końcu książki znajdujemy wskazówki co do organizacji zakładów lecznictwa fizycznego.

Książkę cechuje staranne wydanie, dobry język, jasny styl. Usystematyzowanie wiadomości ułatwia czytelnikowi orientację w całości materiału.

W. L.



Wolna Trybuna

Od 2 lat jestem pielęgniarką na wsi i dziś już — na podstawie osiągniętych wyników — mogę mówić o nader pożytecznej roli, jaką my, pielęgniarki, spełniamy na odcinku walki o zdrowie ludności wiejskiej, a jednocześnie chciałabym koleżankom mniej doświadczonym udzielić kilku rad, w jaki sposób najracjonalniej zorganizować pracę, by stając przed wielkim, wielostronnym zadaniem w dziedzinie — dotąd na ogół ciągle jeszcze bardzo zaniedbanej — mogły sobie zakreślić plan skutecznego działania. Praca na wsi wymaga od pielęgniarki, obok zapału i dobrej woli, przede wszystkim kwalifikacji zawodowych i wyrobienia społecznego.

Zanim pielęgniarka rozpocznie swoją pracę na wsi, musi wiedzieć, gdzie urzęduje najbliższy lekarz, przedstawić mu rolę, jaką chce spełniać, omówić z nim i wyjaśnić wszelkie wątpliwe dla niej sprawy, związane ze służbą zdrowia; powinna się zorientować, gdzie znajduje się najbliższy szpital, ośrodek zdrowia, sanatoria itp., dalej, pielęgniarka musi znać wszystkie formalności, by — w razie potrzeby — jak najprędzej i bez trudności — umieścić chorego we właściwym zakładzie leczniczym.

Pielęgniarka wiejska powinna umieć klasyfikować chorych: w przypadku podejrzenia na chorobę zakaźną odesłać chorego do szpitala, do ciężko chorego wezwać lekarza, w przypadkach zaś lżejszych, dostępnymi środkami zapobiec ewentualnemu postępowi choroby.

Wobec nadmiernego zagęszczenia mieszkań, oczywiste jest ogromne znaczenie profilaktyczne, jakie ma izolacja — we właściwym czasie — chorego na chorobę zakaźną.

Pracę pielęgniarki na wsi można podzielić na:
1) pracę w ambulatorium,
2) pracę w przedszkolu i szkole i
3) pracę w terenie.

PRACA W AMBULATORIUM polega na wykonywaniu zabiegów pielęgniarskich: opatrywanie ran, zastrzyki (w tym szczepienia ochronne) itd. W poważniejszych przypadkach, po udzieleniu pierwszej pomocy, należy odesłać chorego do lekarza, względnie do szpitala. W razie np. pogryzienia przez psa, podejrzanego o wściekliznę, przesyła się do P.Z.H. łeb zabitego psa.

PRACA W PRZEDSZKOLU polega na kontroli stanu sanitarnego lokalu przedszkola i sprawdzaniu higieny dzieci: walka z wszawicą (za pomocą proszku D.D.T. i octu sabadylowego), przegląd oczu (jaglica), skóry (świerzb), czystość ciała itd. Dzieci blade, mizerne, z powiększonymi gruczołami trzeba otoczyć specjalną opieką, mierzyć im regularnie temperaturę i w razie stwierdzenia podwyższenia ciepłoty — skierować do lekarza!

Do zadań pielęgniarki należy również kontrola nad odpowiednim doborem artykułów spożywczych i czystością ich przygotowania, dzieci bowiem w przedszkolu są dożywiane.

U nas, w przedszkolu dzieci otrzymują: mleko lub kakao, bułki z masłem i marmeladą lub miodem; na wiosnę, ponadto — rzodkiewki i marchew, przez całą zaś zimę — tran, 2 razy dziennie.

Po przeglądzie czystości w przedszkolu omawia się z matkami kwestię higieny dzieci, wskazuje się sposoby właściwej pielęgnacji ciała i zapobiegania chorobom.

W SZKOLE: powinna mieć pielęgniarka pogadanki z higieny i uczyć o pomocy w nagłych wypadkach.

PRACA W TERENIE.

Tu rola pielęgniarki jest szczególnie pożyteczna i ważna: poznanie całokształtu życia rodziny robotnika rolnego, warunków mieszkaniowych, ekonomicznych i rodzinnych — to podstawa pracy pielęgniarki. W czasie odwiedzin należy pokazać, jak wypełniać zlecenia lekarskie w warunkach domowych, pouczać kobiety, jak trzeba zachowywać się w okresie ciąży, racjonalnie odżywiać, dbać o higienę osobistą, troszczyć się o zdrowie zębów, pielęgnować brodawki, jak należy się ubierać itd.

Dawniej, w naszej wsi, śmiertelność wśród matek i noworodków była duża. Obecnie zakażenia poporodowe już nie zdarzają się. Aby zapobiec ewentualnym powikłaniom w okresie ciąży i porodu, skierowuję kobiety do lekarza, który ustala czy poród może odbyć się na miejscu, czy też wskutek jakichś nieprawidłowości, wskazane jest umieszczenie w szpitalu. Po porodzie odwiedzam położnicę 2 razy dziennie, czasem — w miarę potrzeby — częściej, mierzę gorączkę i tętno; jeżeli stwierdzam podniesienie ciepłoty natychmiast zgłaszam lekarzowi. Rano i wieczorem robię położnicy toaletę, poza tym kąpię noworodka (staranna pielęgnacja pępowiny zapobiega zakażeniom, jakie dawniej zdarzały się dość często). Matka leży 8—10 dni i w tym czasie pielęgnuję ją i obserwuję. Okres połogu wykorzystuję na pouczanie matki o prawidłowym karmieniu dziecka, kąpaniu i pielęgnowaniu. W ten sposób zdobyłam zaufanie matek, wierzą moim radom, tym więcej, że patrząc na mojego synka, widzą jak powinno wyglądać zdrowe dziecko. Początkowo z przerażeniem obserwowały moje dziecko, werandujące całymi godzinami w zimie na dworze, a teraz naśladują mnie i cieszą się, że dzieciom poprawił się apetyt, że lepiej śpią, nie kapryszą i mają zdrowy wygląd.

Poza opieką nad matką i dzieckiem, należy pouczać rodziny o konieczności izolowania chorych na gruźlicę, prątkujących. Mówić o niebezpieczeństwie zakażenia jaglicą i o sposobach uniknięcia tej możliwości. Przypadki, budzące podejrzenia, odsyłać do ośrodka zdrowia, by po zbadaniu i ustaleniu rozpoznania zapobiec ewentualności zakażenia pozostałych domowników. Pielęgniarka powinna pouczać i doglądać przeprowadzania dezynfekcji bielizny, naczyń, mieszkania itp.

Do równie ważnych zadań pielęgniarki wiejskiej należy pielęgnowanie chorych w ich domach: przede wszystkim stworzyć możliwie najlepsze warunki dla chorego, wygodne, oddzielne łóżko, pokój kazać wyszorować i wywietrzyć (zdarzało się, że w niektórych domach, nie otwierano okien przez cały rok, latem z powodu much, zimą zaś — zimna).

W porozumieniu z Kołem Gospodyń Wiejskich przy Związku Samopomocy Chłopskiej, sprowadziłam na wiosnę nasiona i zachęciłam do zakładania ogródków warzywnych. W najbliższym czasie Koło Gospodyń organizuje kurs gotowania, pieczenia i przygotowywania przetworów na zimę. Dzięki współpracy z Kołem Gospodyń mam zamiar wpłynąć na poprawę sposobu odżywiania rodzin wiejskich, szczególnie dzieci.

Wyniki, w postaci podniesienia ogólnej zdrowotności, zmniejszenie liczby zachorowań i śmiertelności są już widoczne, a przeświadczenie o pożytku mojej codziennej pracy jest najlepszą nagrodą i zachętą do wytrwania na tym odcinku.

MARTA HOŁUB
abs. W.S.P.

Majątek Doświadczalny
GŁOGOWA
pow. Kutno
p-ta **Krośniewice**
Ambulatorium Wiejskie U.S.



Nasza Korespondencja

KOLEŻANKA W. Z. WROCŁAW pisze:

„... pragnęłabym napisać coś do „Wolnej Trybuny", ale krępuje mnie fakt, że nie mam zdolności pisarskich i może coś wyjść źle stylistycznie. Poza tym to, co chcę napisać, to wcale nie „wielkie sprawy" a jedynie skromne uwagi i kłopoty zawodowe. Może to nikogo nie zainteresuje, może tylko mnie wydaje się ważne?..."

Koleżanko, źle Pani podeszła do sprawy. Styl wypowiedzi do „Wolnej Trybuny" nie jest najważniejszy, poprawi go Redakcja, myśli, o ile będą rozrzucone — usegreguje i zostawiając samą treść, sens Pani wypowiedzi — poda w formie uporządkowanej. Poza tym życie nie składa się jedynie z „wielkich spraw", a właśnie często z drobnych zdarzeń, radości, czy kłopotów. Pani sprawy zawodowe są zapewne sprawami bardzo wielu innych pielęgniarek.

Dwie uwagi, rzucone w liście, są bardzo słuszne. Radzimy rozwinąć je, podać swój punkt widzenia, sposoby ulepszeń, jakie przychodzą Pani na myśl. Jesteśmy pewni, że powstanie na ten temat dyskusja, która nie tylko zaciekawi, ale i nauczy.

KOL. MARIA J. pisze m. i.:

„Pracuję jako pielęgniarka szpitalna. Od 12 lat palę papierosy i nie jest mi łatwo odzwyczaić się od tego nałogu. Proszę o wyraźną odpowiedź: gdzie pielęgniarce szpitalnej wolno zapalić papierosa w czasie dyżuru?"

Na terenie szpitala pielęgniarce wolno zapalić papierosa wyłącznie w pokoju pielęgniarskim, gdzie nie mają wstępu ani chorzy, ani też ich rodziny, czy interesanci.

Palenie papierosów na sali chorych (bo i tak się, niestety, podobno zdarza!), w pokojach przygotowawczych, czy na korytarzach jest niedopuszczalne i wręcz karygodne. Jest rzeczą zrozumiałą, że palącemu nałogowo trudno jest obywać się bez papierosów w ciągu 8 godzin pracy, dlatego też w każdej instytucji zdrowia winno znajdować się wyosobnione pomieszczenie, gdzie pielęgniarki mogłyby swobodnie zapalić, bez uszczerbku dla zdrowia chorych i z zachowaniem przepisów je obowiązujących.

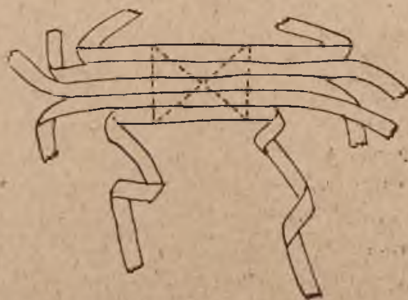
Odpowiedź na drugie pytanie znajdzie Koleżanka w Kronice Zagranicznej 2/3 numeru naszego pisma.

Nadesłany materiał wykorzystamy prosimy jednak, o ile to możliwe, o nadesłanie nam zdjęć z terenu; honorarium za fotografie prześlemy po ich zamieszczeniu.

S. POG. SAN. S. W. Z PIOTRKOWA zapytuje nas, „jak wygląda bandaż wielokońcowy i do czego służy".

Jest to opaska składająca się z 6—8 pasów flaneli, płótna, lub surówki, szerokości około 10—12 cm, długości 120—140 cm, z tym, że ostatni pas jest dłuższy o 50 cm z obu końców. Pasy te zakłada się jeden na drugi do połowy szerokości i zeszywa pośrodku na przestrzeni kwadrata, którego boki wynoszą 30 cm. Pas zakłada się pod chorego, a wolne końce zakładamy na brzuch, lekko je krzyżując, raz z prawej, raz z lewej strony. Ostatni, najdłuższy, pas przeprowadza się naokoło uda, a koniec przymocowuje się na wierzchu opaski, zapobiega to zsuwaniu się całej opaski.

Opaskę wielokońcową używamy przy zakładaniu kompresów lub opatrunków na jamę brzuszną. Ma ona tę zaletę, że nie wymaga kilkakrotnego unoszenia chorego przy każdorazowym przeprowadzaniu opaski pod stroną grzbietową. Ostatnie, najdłuższe, końce po przeprowadzeniu naokoło uda, przypina się agrafkami.



Od stycznia pismo nasze będzie się ukazywało w drugiej połowie każdego miesiąca.

Za życzenia Świąteczne i Noworoczne dziękujemy.

T R E Ś Ć

TOWPIK JÓZEF DR — Rola pielęgniarki w akcji „W“
GASPEROWICZOWA T. — Rola pielęgniarki na D.P.O.
BLUM - BIELICKA L. — 18 styczeń 1943

Antybiotyki

ŻOŁĘDZIOWSKA ZOFIA — Rola pielęgniarki w przemyśle
ROŻNIATOWSKI T. DR — Pierwsza pomoc
Z NOTATNIKA PIELĘGNIARKI — Nakłucie lędźwiowe
Kronika z Kraju i z zagranicy
W księgarniach i kioskach
Przegląd prasy zagranicznej
Wolna Trybuna
Nasza korespondencja

SOMMAIRE

TOWPIK JÓZEF DR — Le rôle d'une infirmière dans l'action antivenerienne
GASPEROWICZOWA T. — Du travail de l'infirmière de la I Armée Polonaise pendant la dernière guerre
BLUM - BIELICKA L. — Le 18 janvier 1943 (L'extermination des malades dans un hôpital juif à Varsovie)

Antibiotiques

ŻOŁĘDZIOWSKA ZOFIA — Le rôle de l'infirmière dans l'industrie
ROŻNIATOWSKI T. DR — Le premier secour
CARNET DE L'INFIRMIERE — Punction lombaire
Faits divers dans le pays et à l'étranger
Dans les librairies et les kiosques
Revue de la presse étrangère
Tribune Libre
Correspondance

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska“. Prenumerata miesięczna: zł 40,—, kwartalna zł 120,—, półroczna zł 240,—, roczna zł 480,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, 1/8 str. 10 000 zł, 1/16 str. 7 000 zł, 1/32 str 5 000 zł.

Z. G. Prasa Wojskowa Łódź, I. 49. Nr 1569. 5.000. D-019245